

CONTROLE SOCIAL E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: o papel do Conselho Municipal  
de Saúde neste processo

NATHÁLIA MOREIRA ALBINO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA  
2018

CONTROLE SOCIAL E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: o papel do Conselho Municipal  
de Saúde neste processo

Nathália Moreira Albino

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Vitória  
Agosto de 2018

**NATHÁLIA MOREIRA ALBINO**

**CONTROLE SOCIAL E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: O PAPEL DO CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE NESTE PROCESSO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestra em Política Social. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001.

VITÓRIA  
2018

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

A335c ALBINO, NATHÁLIA MOREIRA, 1992-  
Controle social e privatização da saúde: o papel do Conselho  
Municipal de Saúde neste processo / NATHÁLIA MOREIRA  
ALBINO. - 2018.  
224 f. : il.

Orientadora: Ana Targina Rodrigues Ferraz.  
Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e  
Econômicas.

1. Política de Saúde. 2. Controle social. 3. Privatização. I.  
Ferraz, Ana Targina Rodrigues. II. Universidade Federal do  
Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III.  
Título.

CDU: 32

---

**NATHÁLIA MOREIRA ALBINO**

**CONTROLE SOCIAL E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: O PAPEL  
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NESTE PROCESSO**

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do  
Programa de Pós-Graduação em Política Social da  
Universidade Federal do Espírito Santo como requisito  
parcial para obtenção do Grau de Mestre em Política  
Social.*

**Aprovada em 16 de agosto de 2018.**

COMISSÃO EXAMINADORA

  
**Professora Doutora Ana Targina Rodrigues Ferraz**  
Orientadora/Universidade Federal do Espírito Santo

  
**Professora Doutora Francis Sodré**  
Universidade Federal do Espírito Santo

  
**Professora Doutora Tatiana Dahmer Pereira**  
Universidade Federal Fluminense

A todos que resistiram e resistem pela  
Reforma Sanitária Brasileira.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma atitude necessária quando se reconhece que a caminhada não se faz sozinha. Afinal, uma andorinha só não faz verão. É chegado o momento de agradecer todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte deste trabalho.

À minha mãe, Conceição, mulher potente e guerreira. Nunca tenho as palavras exatas para te agradecer mas, carrego um amor infinito e esses olhos que não cansam de te admirar. “Tocarei seu nome pra poder falar de amor”. Ao meu pai, Osvaldino, humilde e batalhador. Obrigada pela preocupação constante! Agradeço por todas as renúncias que fizeram, tudo que eu disser não será capaz traduzir o que eu sinto. Gratidão por tê-los perto de mim e por mim.

Ao meu irmão Cássio, que sempre foi meu melhor amigo, melhor ouvido, melhor coração. Penso que amar é sentir alegria por existir, sabendo que você também existe.

Ao Cássio, meu companheiro e amigo, agradeço pelo estímulo, compreensão e carinho. Ser-tão (juntos).

À minha orientadora, Ana Targina, pela competência incontestável, pelos momentos de reflexão e direcionamento na construção deste trabalho. Tornou-se um marco na minha formação!

Também agradeço as professoras Francis e Tatiana que aceitaram, gentilmente, o convite para participar da banca avaliativa desta dissertação e trouxeram contribuições ricas e pertinentes ao objeto de estudo.

Aos meus colegas do mestrado, que me fizeram sentir acolhida em solo capixaba. Com vocês eu pude fazer o que mais gosto nessa vida: me jogar e me encantar com gente. Faço meus “voos” porque sei que tenho pouso garantido nas relações que fui costurando pelo caminho. Vivo um pouco em cada coração que me acolhe e que cruzou com o meu. “E pela lei natural dos encontros, eu deixo e recebo um tanto”.

À Dalila, Mari e Gabi, minha família em Vitória. Vocês são gente-estrela que está nessa vida para alumiar. Um dia decidi que não é preciso morar em lugar nenhum, basta transformar o coração em lar!

Porque Minas Gerais vai ser sempre minha terra, mas Vitória foi onde eu aprendi a navegar.

Aos meus amigos Jorge, Ana, Lara, Dai, Géssika, Thalita e Pri. Sou grata por ter conhecido vocês e aprendido tanto. Não só sobre luta, poesia e esperança, mas sobre abraçar, não ter medo de sonhar e compartilhar sonhos. Sorte é ter vocês!

Agradeço aos professores do PPGPS e aos colegas do NEMPS pelo compromisso com a construção de espaços que permitiram compreender a importância do conhecimento teórico, da luta política e da resistência diária. Só tenho a agradecer por todo aprendizado, em tempos tão atemporais.

Foi através de uma instituição pública de ensino que este trabalho se concretizou e foi com apoio financeiro direto, através da bolsa CAPES durante o curso que pude me manter e por isso é importante registrar o agradecimento a todo povo brasileiro, que financia o sistema federal de ensino superior.

Por fim, agradeço aos conselheiros de saúde, por contribuírem com a materialização deste trabalho e a todos aqueles que cotidianamente lutam contra o capital em defesa dos direitos da classe trabalhadora. A luta será longa pois os direitos não se negociam.



**Para os que Virão - Thiago de Melo**

Como sei pouco, e sou pouco,  
faço o pouco que me cabe  
me dando inteiro.  
Sabendo que não vou ver  
o homem que quero ser.

Já sofri o suficiente  
para não enganar a ninguém:  
principalmente aos que sofrem  
na própria vida, a garra  
da opressão, e nem sabem.

Não tenho o sol escondido  
no meu bolso de palavras.  
Sou simplesmente um homem  
para quem já a primeira  
e desolada pessoa  
do singular - foi deixando,  
devagar, sofredamente  
de ser, para transformar-se  
- muito mais sofredamente -  
na primeira e profunda pessoa  
do plural.

Não importa que doa: é tempo  
de avançar de mão dada  
com quem vai no mesmo rumo,  
mesmo que longe ainda esteja  
de aprender a conjugar  
o verbo amar.

É tempo sobretudo  
de deixar de ser apenas  
a solitária vanguarda  
de nós mesmos.  
Se trata de ir ao encontro.  
(Dura no peito, arde a límpida  
verdade dos nossos erros.)  
Se trata de abrir o rumo.

Os que virão, serão povo,  
e saber serão, lutando.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar como a privatização tem sido debatida e enfrentada no interior do Conselho Municipal de Saúde de Uberaba/MG, visando identificar o papel que o conselho tem desempenhado sobre esse processo. A pesquisa foi estruturada a partir de revisão da literatura, levantamento bibliográfico, pesquisa documental e pesquisa de campo, na qual foram entrevistados conselheiros (governamentais e não-governamentais) da gestão 2016/2020. Para empreender essa análise, nos fundamentamos teórica e metodologicamente no materialismo histórico dialético como abordagem capaz de avançar sobre a realidade e compreendê-la em sua totalidade. Os resultados da pesquisa indicaram que o processo de privatização da política de saúde no município não se deu de forma unânime entre os conselheiros. Houve diversos embates e resistências que expressaram os diferentes posicionamentos dos conselheiros que representam o segmento dos usuários e daqueles que representam o segmento do governo em relação ao tema. A acentuação do processo contrarreformista da política de saúde no município de Uberaba está pautada na sua racionalização, visa privilegiar os interesses do setor privado a partir das parcerias público-privadas e tem desrespeitado as instâncias de controle social. Entretanto, o conselho se apresenta como um dos espaços que pode resistir a esse processo. Assim, o estudo da experiência do Conselho Municipal de Saúde de Uberaba permitiu concluir que esse espaço tem limites importantes nesse enfrentamento, mas deve ser avaliado à luz de suas potencialidades, bem como dos embates e articulações entre os representantes de diferentes interesses que poderão ser estabelecidos no processo.

**Palavras-chave:** Política de saúde. Controle social. Privatização.

## **ABSTRACT**

This study aims to analyze how privatization has been debated and faced in the City Health Council in Uberaba/MG, in order to understand the institution's role in such process. The study was built on literature revision, bibliographical research, documentary research and field study, in which 2016/2020 counselors were interviewed (governmental and non-governmental). To perform such analyses, we relied theoretically and methodologically in Dialectical and Historical Materialism, as an efficient view to attain reality and understand as a whole. Results indicate the privatization process in the city did not occur in an unanimous manner between councilors. Disagreements were observable in different positions taken from councilors representing users and those representing the government. The advancements in the counter reform process in health policies in Uberaba aims on rationalization, benefiting some private sector interests through public-private agreements and hasn't been observing social control institutions. However, the council puts itself as a place that could resist such process. In the end, studying the City Health Council in Uberaba led to the conclusion that it is a space with some important limits in the debate, but that must be evaluated in the light of its potentialities, as well as of the debates and articulations between those who represent different interests related to the process.

**Keywords:** Health policy. Social control. Privatization.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ANDES- Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BM- Banco Mundial

BNDES- Banco Nacional Econômico e Social

CA- Centro Acadêmico

CAP- Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF- Constituição Federal

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CNRS- Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CNS- Conferência Nacional de Saúde

COFINS- Contribuição para o financiamento da Seguridade Social

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CMSU- Conselho Municipal de Saúde de Uberaba

CPMF- Contribuição Provisória Movimentação Financeira

CUT- Central Única dos Trabalhadores

DCE- Diretório Acadêmico

DRU- Desvinculação das Receitas da União

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC- Emenda Constitucional

ENEMEC- Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária

FAS- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FHC- Fernando Henrique Cardoso

FMI- Fundo Monetário Internacional

FMTM- Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro

FUNEPU- Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba

GRS- Gerência Regional de Saúde

HC- Hospital de Clínicas

HR- Hospital Regional

IAPS- Institutos de Aposentadorias e Pensões

IFES- Instituições Federais de Ensino Superior

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

LDO- Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA- Lei Orçamentária Anual

LRF- Lei de Responsabilidade Fiscal

MARE- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MOPS- Movimento Popular de Saúde

MPOG- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS- Ministério da Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONG- Organização Não Governamental

OS- Organização Social

OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAC- Programa de Aceleração do Crescimento

PDRAE- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PEC- Proposta de Emenda Constitucional

PPA- Plano Plurianual

PPP- Parceria Público Privado

PSF- Programa de Saúde da Família

PT- Partido dos Trabalhadores

RSB- Reforma Sanitária Brasileira

SINTE-MED- Sindicato dos Trabalhadores Técnico Administrativos em Educação das Instituições Federais de Ensino Superior do Município de Uberaba

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFTM- Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1- PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS EM MOVIMENTOS SOCIAIS .....	163
GRÁFICO 2- FILIAÇÃO DOS CONSELHEIROS A PARTIDOS POLÍTICOS .....	164
GRÁFICO 3- PRIVATIZAÇÃO .....	171

## **LISTA DE TABELA**

TABELA 1. FILIAÇÃO DOS CONSELHEIROS EM PARTIDOS POLÍTICOS.....	164
--	-----



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 1- ESFARRAPADOS DO MUNDO .....	125
FIGURA 2- QUANDO TUDO FOR PRIVADO SEREMOS PRIVADOS DE TUDO..	154
FIGURA 3- DISTRIBUIÇÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS .....	176

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 1 SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>31</b>
1.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE FRENTE À RACIONALIDADE HEGEMÔNICA NO BRASIL .....	31
1.2 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: DISPUTAS, PROPOSTAS E SUJEITOS POLÍTICOS .....	44
1.3 A TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA E A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: ENTRE O AVANÇO LEGAL E O RETROCESSO NEOLIBERAL .....	51
1.4 APROPRIAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO PARA FINANCIAMENTO DO CAPITAL E OS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE .....	70
<b>CAPÍTULO 2 SAÚDE, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL .....</b>	<b>82</b>
2.1 AS CONCEPÇÕES E DISPUTAS SOBRE O CONCEITO DE DEMOCRACIA NO CAMPO TEÓRICO .....	83
2.1.2 A COMPLEXA RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL .....	97
2.2 CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA .....	105
2.3 PRÁTICAS PARTICIPATIVAS E CONTROLE SOCIAL NO BRASIL .....	111
2.4 LUTAS SOCIAIS E MOVIMENTOS EM DEFESA DO SUS .....	117
<b>CAPÍTULO 3 O SUS ENTRE O ESTADO E O MERCADO .....</b>	<b>127</b>
3.1 A AGENDA DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS NO PROCESSO DE CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE .....	127
3.2 O AVANÇO DO SETOR PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE .....	136
3.3 AS “NOVAS MODALIDADES DE GESTÃO”: O PROJETO DO CAPITAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE .....	140
3.4 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA GESTÃO DA SAÚDE .....	141
3.5 A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE VIA EBSEH .....	149
<b>CAPÍTULO 4 O DEBATE DA PRIVATIZAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERABA/MG .....</b>	<b>156</b>
4.1 O PERFIL POLÍTICO E IDEOLÓGICO DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	158
4.2 MECANISMOS DE PRIVATIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE UBERABA .....	169
4.3 A RELAÇÃO DO CONSELHO COM O LEGISLATIVO E OS MOVIMENTOS SOCIAIS: ESTRATÉGIAS E RESISTÊNCIAS .....	186

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>194</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>200</b>
<b>ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFES.....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>220</b>

## INTRODUÇÃO

Refletir sobre o cotidiano é tarefa desafiadora, sobretudo por este carregar contradições inerentes às relações sociais capitalistas. Nesse sentido, a melhor direção é aquela que extrai do próprio cotidiano os elementos para construir um arcabouço teórico, conceitual e prático do objeto de investigação.

As inquietações acerca do controle social e da privatização da saúde advêm das experiências da pesquisadora, principalmente pela vinculação orgânica com o tema e a militância política na área, que sem dúvida, norteiam esse trabalho. Quando era ainda adolescente, frequentava com a minha mãe as reuniões calorosas do Conselho Municipal de Saúde do município de Patos de Minas/MG, do qual ela ainda participa representando os usuários.

Durante a formação em Serviço Social, tive a possibilidade de aprofundar o debate acerca da política de saúde e dos espaços públicos de participação social, suas lutas e resistências no âmbito da formação histórica brasileira. Concomitantemente realizei estágio no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), durante dois anos, e em seguida ingressei na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no mesmo hospital. No cotidiano de formação e trabalho, foi possível identificar como a política de saúde se materializava de forma conflituosa e contraditória, atravessada por práticas hierárquicas e clientelistas, que afrontavam e negavam o direito à saúde.

Neste mesmo período, vivenciei o processo de implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no HC-UFTM em Uberaba/MG, realidade que afetou diversos Hospitais Universitários no Brasil apresentando uma grave ameaça ao Sistema Único de Saúde, consolidando o projeto privatista em curso.

Ao longo desse processo acompanhei debates, eventos do Serviço Social, reuniões do conselho municipal de saúde e do fórum municipal de saúde de Uberaba, fui membro de espaços de representação da Residência Multiprofissional e das Residências em Saúde no HC-UFTM. A formação, o cotidiano profissional e a militância, me estimularam a aprofundar o estudo acerca dessa temática. Não sei se é a gente que entra na luta, ou se é a luta que entra na gente. Ou parafraseando Mia Couto, “no mundo que combato morro; no mundo por que luto, nasço”.

Morrer e nascer aqui parte de alguns pressupostos. Direito garantido não se compra e não se vende. Essa assertiva, proclamada pelos movimentos em defesa de um sistema público de saúde, vem sendo rechaçada com mais intensidade pelo atual governo (Michel Temer), com o discurso de inviabilidade do SUS como um sistema público. As propostas de reforma na saúde visam integrar o setor privado, a saúde suplementar, o mercado, o SUS e incluem a adoção de planos populares de saúde<sup>1</sup>.

Esse conjunto de medidas faz parte da alternativa central do capital em seu processo de desregulamentação, que teve ascensão com os neoliberais, e atualmente tem apostado nos mecanismos do mercado para recuperar o equilíbrio, como se a saída dessa crise estivesse condicionada à regulação. Como apontou Behring (2010) a crise não é uma disfunção ou problema de regulação, mas é parte constitutiva do movimento contraditório do capital, que por sinal, vem mostrando sua dinâmica e seu esgotamento desde os anos 1970.

De acordo com Chesnais (1996), as transformações societárias advindas da crise cíclica do capital, ocorrida ao final dos anos 1970, se expressaram, dentre outras mudanças, na mundialização do capital, na financeirização da economia, no aumento do desemprego e na redução do *Welfare State* nos países centrais. O impacto dessas ofensivas capitalista abalou, sobremaneira, o mundo do trabalho, trazendo como consequência a precarização e a terceirização, repercutindo diretamente na organização dos trabalhadores.

Essas mudanças ocorreram em escala mundial e tiveram como justificativa a crise fiscal dos Estados. De acordo com o autor supracitado, o capitalismo entrava numa crise de superprodução, que teria se tornado crônica. A grande capacidade produtiva dos países no mercado mundial afetou a lucratividade das empresas gerando uma ociosidade além do planejado. O aumento dos juros norte-americanos adotado pelo governo Reagan, afetou abruptamente o serviço da dívida externa em vários países, inclusive o Brasil (SALVADOR, 2010).

O receituário liberal visava à manutenção de um Estado que rompesse com o poder dos sindicatos e fosse mínimo nos gastos sociais, na intervenção econômica e que

---

<sup>1</sup> No dia 6 de julho de 2016 na matéria da Folha de São Paulo, o atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, defendeu que os planos populares vão “compensar o déficit do SUS” e que “a capacidade financeira do governo para suprir todas essas garantias que tem o cidadão não são suficientes”. Querem oficializar o desmonte de uma política pública e universal.

viesses consolidar a desregulamentação financeira, fruto da mundialização, enquanto mecanismo para manter a acumulação por parte das elites. A América Latina também teve que colocar em prática as medidas de ajuste fiscal para renegociar e saldar suas dívidas. O modelo neoliberal ganhou forma e hegemonia, expandindo-se em escala mundial (BEHRING, 2008).

De acordo com a autora citada acima, em razão da crise e desse ideário imposto aos países periféricos, foram realizadas diversas alterações, especialmente no setor econômico, que incidiram nas demais políticas (saúde, educação, etc.) orientadas pelo Banco Mundial (BM) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), que forçaram os Estados a modificarem suas regulações. O cenário mundial, a partir do projeto neoliberal, defende a redução das funções do Estado, como saída para a crise.

No caso do Brasil, o processo de reforma do Estado<sup>2</sup> se desenvolveu a partir de 1995, com o governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), executado por Bresser Pereira. Dentro da agenda política da reforma foi criado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que definiu as áreas da saúde, assistência social, previdência, educação, transporte, como serviços não exclusivos do Estado, que poderiam ser executados por organizações privadas (BRASIL, 1995).

Para Netto e Braz (2008), a intitulada reforma do Estado consolidou a ideia de sua ineficiência e, conseqüentemente, a defesa da redução da sua intervenção, ou seja, o chamado Estado mínimo. O Estado passa a assumir mínimas responsabilidades, transferindo-as para a iniciativa privada, lucrativa ou filantrópica, obedecendo aos interesses do capital.

O projeto de Reforma Administrativa do Estado foi aprovado em sua totalidade, situando a saúde como área não exclusiva do Estado e, portanto, sendo passível de ter seus serviços prestados por organizações sociais. No entanto, esse governo não conseguiu implementar como amplitude esse novo modelo de gestão na saúde, se restringindo a experiências isoladas em alguns estados e municípios, devido a resistência social e política em torno desse projeto (SOARES, 2013, p. 95).

---

<sup>2</sup> Para Netto e Braz “o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado - e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra reforma perdeu o seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s) o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco processo de contrarreforma(s), destinado a supressão ou redução de direitos e garantias sociais” (NETTO; BRAZ, 2008, p 227).

Diversas pesquisas e estudos, dentro e fora do Serviço Social (BEHRING, 2008; SOARES, 2013) foram realizados a fim de analisar os efeitos perversos da Reforma do Estado para as políticas sociais. A previdência e assistência médica até 1964 atendiam a uma estrutura baseada em serviços e benefícios para categorias específicas, em diferentes níveis de qualidade, fortalecendo ainda mais um sistema centralizado e ineficiente. Em 1966, a previdência é unificada com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e amplia-se a cobertura das categorias de trabalhadores.

A política de saúde reforçava a assistência médica previdenciária ao invés de fortalecer uma saúde pública, típico da racionalidade do Estado brasileiro que prezava uma medicina curativa, individualista e hospitalocêntrica. De acordo com Soares (2013), a saúde pública foi relegada a ações pontuais e restritas, com míseros recursos que priorizava o mercado privado. A partir de 1970, no fluxo da crise econômica estrutural do capital, ampliam-se também os movimentos de resistência frente ao regime autocrático brasileiro.

A área da saúde teve destaque no cenário nacional devido ao projeto da Reforma Sanitária, construído por vários movimentos sociais e setores organizados da sociedade que defendia um novo rumo societário para o Brasil, pois sua concepção de saúde não se restringia ao corpo e ao indivíduo, centrava-se na crítica à estrutura social, à sociedade de classes e na proposta de reforma democrática do Estado brasileiro<sup>3</sup>.

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, com a força de diversos segmentos dos trabalhadores da saúde e movimentos sociais, associou produção teórica, organização e estratégia política na construção de um novo modelo para a política de saúde. Estas propostas foram sistematizadas e expressas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, considerada como um dos principais marcos que fundaram o processo de reforma, levando à criação do SUS (PAIM, 2008).

As mudanças na organização institucional apontaram para medidas que fortalecessem o poder público em detrimento do setor privado; a equidade na distribuição dos recursos; a descentralização política, administrativa e decisória da

---

<sup>3</sup> Para uma discussão mais aprofundada acerca da Reforma Sanitária ver Campos, 1988, Cohn, 1991.

política de saúde; a qualidade dos serviços e participação da sociedade e dos profissionais de saúde na formulação da política (BRASIL, 1990; PAIM, 2008; SOARES, 2010).

Nesta direção, a Constituição Federal (CF) de 1988 representa uma conquista histórica da sociedade brasileira, no que diz respeito à ampliação e garantia de direitos no âmbito individual e coletivo, como por exemplo, o sistema de seguridade social em seu tripé, saúde, previdência e assistência social. Nele, a saúde foi considerada como um direito universal, integrando uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados, que constituiu o Sistema Único de Saúde.

O desenho do SUS surge, então, a partir da CF de 1988, sendo assegurado pelo artigo 196, em que a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado”. Sua formatação se inicia com a instituição da Lei 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde nos vários níveis de governo, e com a Lei 8.142<sup>4</sup> do mesmo ano que visa assegurar a participação da comunidade na gestão do SUS por meios dos instrumentos coletivos de controle social (como os conselhos gestores e as conferências).

O que propõe essa legislação, fruto de lutas sociais, não se resume a implantar um sistema único, mas um sistema ampliado de atenção, que ultrapasse o modelo biomédico e leve em consideração outros determinantes no processo de saúde, como por exemplo: acesso à escola, à educação, ao lazer, condições de trabalho e à participação da sociedade nos processos de decisões, como condições fundamentais (BUSS et al, 2006).

De acordo com Bravo (2011) as mobilizações do povo, os conselhos populares e, posteriormente, os conselhos gestores de políticas públicas, reivindicaram e tentaram estabelecer as condições para uma nova relação entre Estado e sociedade, isto é, para a participação do povo nas decisões do Estado.

---

<sup>4</sup> A Lei 8080 foi sancionada em setembro de 1990 pelo presidente Collor de Mello mas sofreu vetos presidenciais que incidiram sobre artigos que abordavam os Conselhos e Conferências de Saúde, a transferência direta de recursos para Estados e municípios e a obrigatoriedade de planos de carreiras, cargos e salários para o SUS em cada esfera do governo. Após diversas mobilizações e manifestações daqueles que defendiam o Movimento Sanitário, foi proposta uma nova lei que alterasse os dispositivos da Lei 8080 quanto à paridade de representação (Estado e sociedade civil), os mecanismos de repasse de recursos, que resultou na Lei 8.142 de dezembro de 1990.



Mesmo a CF/1988 tendo anunciado um novo modelo de saúde e instituído as bases legais para o funcionamento de um sistema único e universal, com as brechas legislativas que permitem a oferta de serviços pela iniciativa privada, a conjuntura de implementação do SUS foi marcada por reformas estruturais que seguiam os ditames do ideário neoliberal, precarizando os serviços estatais, comprando ou transferindo serviços para o setor privado (lucrativo e filantrópico) e inviabilizando o projeto de política de saúde defendido pelo movimento pela Reforma Sanitária (BRAVO, 2011).

É nesse contexto que diversos municípios vêm lidando com o sucateamento da política de saúde defendido pelo projeto neoliberal, sendo representado pelo mercado e pelos novos modelos de gestão. É a saúde defendida pelo projeto do capital por via da privatização e da mercantilização.

O município de Uberaba/MG faz parte dos diversos municípios brasileiros que têm sofrido os rebatimentos do desmonte da política pública de saúde. Uberaba integra a macrorregião de saúde denominada Macrorregião do Triângulo do Sul, atendendo além da sua população mais 27 municípios, totalizando uma população aproximada de 700 mil habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em 2013 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi implantada para gerir o Hospital Universitário da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), respaldada pela Lei 12.550/2011; além da contratação de Organizações Sociais para gerir o Hospital Regional (HR), as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (BRASIL, 2011).

A entrega dos Hospitais Universitários para uma empresa com personalidade jurídica de direito privado anula o caráter público da Universidade e coloca nas mãos do setor privado a autonomia para a gestão do sistema único de saúde. No que diz respeito aos Conselhos que compõe a EBSERH:

A empresa propõe: um Conselho de Administração, com representação de apenas um trabalhador que não poderá participar das reuniões que forem tratados sobre relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens (art. 9º Reg. Int. Ebserh); e um Conselho Consultivo, com representação de um usuário e um trabalhador (art. 16º Reg. Int. Ebserh). Além disso, a própria criação da EBSERH desrespeita as instâncias de controle social que deliberam pela não criação e implantação da EBSERH nos HUs: a 14ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e vários Conselhos Estaduais de Saúde (CORREIA, 2014, p. 48).

Tais propostas ferem o caráter público dos HUs enquanto instituição de ensino vinculada à Universidade; coloca o tripé ensino, pesquisa e extensão em risco, ao desconsiderar a concepção de Universidade pública, de qualidade e socialmente referenciada, flexibiliza os vínculos de trabalho, e prejudica a participação e o controle social dos usuários e trabalhadores na formulação de propostas para a gestão do SUS.

As decisões governamentais e atos normativos que instituem tais alterações nas formas de prestação de serviços à população, como a saúde, tem se firmado mediante o desrespeito às decisões de instâncias colegiadas de participação e controle democrático, como assegura a CF/88 o princípio da participação popular, como os conselhos e conferências de saúde, fator que tem demonstrado as incongruências do processo de privatização.

O município de Uberaba, lócus dessa pesquisa, é uma cidade do interior de Minas Gerais, cujas relações se pautam na herança histórica da política brasileira, em seus velhos padrões tradicionais<sup>5</sup> -clientelismo, paternalismo, elitismo e autoritarismo-, características que anulam ou dificultam a construção efetiva de espaços públicos de participação e controle democrático na esfera municipal.

É esta fragilidade que nos motiva a investigar qual é o papel que os conselhos municipais de saúde têm desempenhado no processo de privatização da política. Queremos entender se e como os conselhos são envolvidos na definição dos contratos de gestão das organizações sociais para as unidades e equipamentos de saúde, se existem ou não resistências contra a privatização; quais atores são favoráveis; quais se opõem; se buscam mecanismos e estratégias de enfrentamento com outros movimentos sociais; como se articulam; qual é o posicionamento dos conselheiros que representam os usuários e se o projeto privatista apresenta-se como o projeto hegemônico entre os conselheiros.

---

<sup>5</sup> Autores como Sérgio Buarque de Holanda (Raízes do Brasil) e Caio Prado Júnior (Formação do Brasil Contemporâneo) contribuíram sobremaneira na análise da formação histórica brasileira, sobretudo no que diz respeito aos ranços e heranças coloniais do país, que marcam as assimetrias políticas, econômicas, sociais e culturais até os dias atuais.

Neste sentido, essa pesquisa tem como **objeto** de estudo o papel do controle social sobre o processo de privatização da política de saúde. Tendo em vista que a participação popular é um importante princípio de organização do SUS, o **objetivo** do trabalho é analisar de que forma os conselhos gestores da política de saúde, principal mecanismo de viabilização da participação popular, tem discutido e participado dos processos de privatização da política.

A realização desse trabalho pode contribuir para a problematização entre os sujeitos da pesquisa, acerca dos rumos da política de saúde, considerando seu caráter público e estatal e as tentativas recentes de torná-la mercadoria e fonte de lucro, enquanto debate que deve permear essa instância de controle social, tendo em vista suas práticas de participação e representação frente à definição das pautas para a saúde no contexto local.

Além disso, será possível discutir as possibilidades de articulações que o conselho pode estabelecer com movimentos não institucionais, como é o caso dos fóruns locais de saúde, da Frente Nacional contra a Privatização, que se colocam como novas formas de controle democrático e agregam os movimentos sociais no âmbito nacional, estadual e municipal, no tensionamento e enfrentamento desse cenário caótico em que se encontra a política de saúde, refletindo juntamente com os conselheiros, qual a real direção social das propostas deste conselho.

Frente à contradição que perpassa essa temática, faz-se necessário retomar e aprofundar como têm sido discutida pelos conselhos a privatização em curso no país e qual o papel que eles têm desempenhado diante desse processo, ao passo que essa reflexão pode potencializar uma avaliação crítica dos conselheiros acerca dos enfrentamentos e possibilidades nesses espaços, enquanto elementos que justificam a *relevância social* da pesquisa.

Alguns autores tem se dedicado à discussão dos desafios do controle social na atualidade (BRAVO, 2012; MENEZES, 2014; RAICHELIS, 2009; AVRITZER, 2010) além de pesquisas acadêmicas que trazem o debate acerca da dominância dos novos modelos de gestão e as propostas de privatização que ameaçam o sistema de saúde brasileiro (GRANEMANN, 2011; CORREIA, 2012; BATISTA JUNIOR, 2014).

Além disso, encontram-se diversos estudos e leituras que abordam a Política Social (MARQUES, 2015; BEHRING, BOSCHETTI, 2010; SALVADOR, 2010; PEREIRA, 2008; PEREIRA, 2016), suas tendências e desafios no capitalismo contemporâneo, fundamental para compreender o processo atual de desmonte da política de saúde e sua submissão à lógica do capital.

Nessa direção, constata-se que existem diversas produções sobre os conselhos de políticas públicas em âmbito municipal, estadual e nacional, que trazem a discussão da representatividade, da descentralização, dos desafios da participação social (RAICHELIS, 2009; TATAGIBA, 2006; BRAVO, 2013; CORREIA, 2014). Entretanto, são poucas as pesquisas que abordam o papel dos Conselhos frente às privatizações da saúde pública, como eles estão envolvidos na definição de contratos de gestão das organizações sociais, se existem ou não resistências frente à privatização, se buscam mecanismos e estratégias de enfrentamento com outros movimentos sociais, como se articulam, entre outras lacunas.

Essa temática se apresenta como relevante e de grande interesse no âmbito da pesquisa em política social, pelo fato da política de saúde ser um alvo com potencial político e estratégico para garantir os interesses da classe trabalhadora brasileira. Portanto, este trabalho contribui para o fortalecimento de pesquisas sociais que fazem a crítica à privatização da saúde em curso no país, ao papel que os conselhos têm desempenhado nesse processo, sua articulação com movimentos sociais, que atualmente carece de produção crítica de teorias, pesquisas e debates. Assim, pode-se considerar delineada a *relevância científica* do estudo presente.

É a partir do desvelamento das contradições existentes no âmbito dessa política que a população poderá construir formas de luta e resistência para fortalecer os princípios públicos e universais. Os espaços de luta também devem ser tensionados e ocupados por sujeitos que disputam propostas para dar nova direção à política de saúde, contra as tentativas de privatizar o SUS.

Este tema levanta diversos questionamentos e as reflexões acerca da temática não se esgotam, podendo desencadear muitas outras pesquisas e fomentar debates necessários sobre a política de saúde.

## OBJETIVOS

A presente pesquisa teve como **objetivo geral** analisar como a privatização têm sido debatida e enfrentada no interior do CMS de Uberaba (MG), visando identificar o papel que o conselho tem desempenhado sobre esse processo.

Deste objetivo geral, quatro específicos se desdobram:

- a) Traçar o perfil político e ideológico dos conselheiros, para compreender as posições desses sujeitos no debate da privatização da saúde no Conselho;
- b) Identificar quais atores são favoráveis à privatização, quais se opõem e como se articulam no conselho na defesa de suas posições;
- c) Verificar a existência ou não de articulação do CMS com o legislativo e os movimentos sociais, compreendendo quais relações estabelecem com estes atores dentro e fora do conselho, e de que forma eles interferem no debate da privatização;
- d) Descrever as estratégias usadas pelo CMS de Uberaba na discussão do tema da privatização, refletindo sobre o processo.

## Método e procedimentos metodológicos

A escolha do método reflete a apreensão e interpretação da realidade a partir de aproximações sucessivas com suas complexas e múltiplas determinações. No campo das ciências humanas e sociais o objeto de estudo das pesquisas científicas, é a própria realidade. O conhecimento científico está vinculado diretamente a um contexto histórico, permeado de particularidade ao seu processo de construção. Assim, de acordo com Minayo (1994), a pesquisa se expressa como uma atitude e prática teórica de busca constante, que define um processo inacabado e permanente.

Não existe neutralidade na pesquisa, isto porque, segundo Netto (2011), a relação sujeito/objeto no processo do conhecimento teórico não se estabelece como uma relação de externalidade, tal como se apresenta no nível da aparência. A teoria está inscrita no âmbito da prática social e histórica, e é considerada pela concepção marxiana como reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto

(NETTO, 2011, p.25). Essa reprodução não deve ser entendida como processo mecânico e natural, no qual o sujeito não tem interferência.

Para Marx, ao contrário, o papel do sujeito é essencialmente ativo: precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica (mais exatamente: para apreendê-lo como um processo), o sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação (NETTO, 2011, p. 25).

Nessa perspectiva, a fundamentação teórica e metodológica desta pesquisa, baseia-se na teoria social crítica, a partir do materialismo histórico dialético. O método marxista parte da realidade concreta e objetiva, entendendo que ela é dinâmica, complexa e contraditória, e, portanto, compreendendo os fenômenos e a realidade em movimento. Considera o ser social como ser histórico.

O cenário de privatização, em específico da saúde, é apenas uma das expressões de desmonte das políticas e serviços públicos e alternativas do Estado neoliberal para fortalecer o capital nacional e internacional. O conselho de saúde se apresenta também como uma das alternativas de tensionamento e resistência para garantir os princípios públicos e universais desta política. Está inserido no contexto contraditório da dinâmica do modo de produção capitalista, por isso, a investigação presente levará em conta suas determinações específicas, bem como estabelecerá sua vinculação com a totalidade das relações sociais, desvelando as mediações entre essência e aparência na qual se insere a saúde pública brasileira.

O presente trabalho se caracteriza como um estudo de caso. Segundo Yin (2001) o estudo de caso é uma estratégia utilizada para interpretar acontecimentos contemporâneos dentro de seu contexto da vida real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão nitidamente definidos. Esta pesquisa buscou analisar os debates e enfrentamentos realizados pelo Conselho Municipal de Saúde de Uberaba frente ao processo de privatização da política de saúde. Dada a complexidade e contradições que perpassam esse objeto de estudo, foi necessário compreender os posicionamentos e os sujeitos que compõem este espaço e a relação que existe com fenômenos mais amplos na realidade: mundialização do capital, financeirização da economia, política social, sistema público de saúde, privatização e controle social.

De acordo com Yin (2001) o estudo de caso não representa uma amostragem, no qual o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística). Além disso, o autor afirma que o estudo de caso enquanto método abrange uma lógica de planejamento, técnicas de coleta de dados e abordagens específicas para análise dos mesmos. Assim, o método não se restringe apenas à técnica de coleta de dados e ao planejamento, mas uma estratégia de pesquisa abrangente.

Foi feita a revisão de literatura por meio do levantamento de bibliografias que abordam a temática central da pesquisa, permitindo, assim, o aprofundamento teórico sobre as categorias e conceitos problematizados no decorrer deste trabalho, como: política de saúde, privatização, controle social, a relação Estado- sociedade.

A pesquisa de campo foi realizada no **Conselho Municipal de Saúde** no município de Uberaba/MG, permitindo uma maior apreensão da realidade local. Este espaço envolve a representação paritária, isto é, 50% de representantes do governo, prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados, trabalhadores do SUS e os outros 50% destinados aos representantes usuários do SUS.

Para coleta de dados foram utilizadas:

A **pesquisa documental** que compreende o levantamento de fontes primárias: atas, resoluções, plano municipal de saúde, regimento interno do Conselho, que são representativos da configuração deste espaço, buscando extrair as principais experiências, pautas e deliberações que evidenciam o posicionamento do conselho sobre o processo de privatização da política de saúde no município de Uberaba. Estes documentos podem contribuir para uma investigação mais aprofundada acerca das articulações feitas pelo conselho com outros atores sociais, e sobre como os sujeitos interferiram no debate da privatização e as estratégias utilizadas para interferir nesse processo. As atas selecionadas foram as da Gestão 2012 a 2016, levando em conta que o debate acerca da privatização ocorreu antes da implantação da EBSERH, no ano de 2013, para gerir o Hospital de Clínicas da UFTM.

A **entrevista semi-estruturada**, por meio de um roteiro planejado, que permitiu dialogar com os sujeitos da pesquisa a temática abordada. May (2004) dirá que a sua característica central “é o seu caráter aberto”, ou seja, o entrevistado responde as

perguntas dentro de sua concepção, mas, não se trata de deixá-lo falar livremente. O pesquisador não deve perder de vista o seu foco.

No roteiro foram abordadas questões que permitiram traçar o perfil político e ideológico dos conselheiros, verificando a existência ou não de articulação do CMS com o legislativo e os movimentos sociais; as estratégias utilizadas pelo conselho para refletir sobre esse processo, como por exemplo: se conhecem ou já integraram algum espaço de participação política, se já filiaram ou são filiados a algum partido político, o que conhecem sobre a política de saúde, se o conselho tensionou o debate acerca da privatização da saúde no município de Uberaba, entre outras questões.

Para análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, como técnica que permite compreender a comunicação dos sujeitos e o conteúdo de suas mensagens, que segundo Minayo (2008) vai além das aparências do que está sendo comunicado, ultrapassando o alcance meramente descritivo para uma interpretação mais profunda. A análise de conteúdo indica:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

A presente investigação foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino e foram observadas as determinações da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que exige que a participação dos sujeitos na pesquisa seja livre, consentida e esclarecida. Todas as entrevistas foram realizadas mediante assinatura do TCLE, bem como foram asseguradas a privacidade e liberdade dos participantes (ANEXO A e B).

### **A estruturação do trabalho e a disposição dos capítulos**

Sistematizar e organizar os capítulos foi um desafio que evidenciou como a construção do conhecimento é complexa, dialética e requer ultrapassar a aparência imediata dos fenômenos, para então, apreender sua essência, isto é, sua estrutura e dinâmica. Desse modo, os pressupostos para a realização deste estudo serão a



totalidade, a historicidade e a contradição, categorias próprias do método dialético marxista (LÖWY, 1986). Assim, a presente dissertação divide-se em quatro capítulos articulados entre si.

O primeiro capítulo intitulado “A trajetória histórica da saúde frente à racionalidade hegemônica no Brasil” propõe realizar um percurso histórico e analítico para compreender o desenvolvimento da política de saúde, bem como as disputas, propostas e sujeitos políticos que sustentaram o debate para efetivação no SUS e integraram o Movimento de Reforma Sanitária; o processo de contrarreforma na política de saúde que vem explicitando a inviabilização do SUS; e a apropriação do fundo público, particularmente do fundo público da saúde para atender pequenos e grandes conglomerados econômicos da saúde.

O segundo capítulo “Saúde, participação e controle social” tem como objetivo discutir as concepções e disputas sobre o conceito de democracia e a complexa relação entre Estado e Sociedade Civil no campo das teorias sociais e políticas. Além disso, situa o debate da participação e do controle social a fim de compreender o processo de socialização da política, a radicalização da democracia no país e as lutas sociais em defesa da saúde.

O terceiro capítulo “O SUS entre o Estado e o mercado” pretende oferecer elementos que possam subsidiar a investigação acerca do avanço do setor privado na política de saúde. Discorreremos sobre a agenda dos organismos internacionais no processo de contrarreforma da saúde e as novas modalidades de gestão, mais precisamente, as Organizações Sociais e a EBSERH.

No último capítulo da dissertação intitulado “O debate da privatização no Conselho Municipal de Uberaba/MG” é apresentado o resultado do estudo. A investigação enfatiza o perfil político e ideológico dos sujeitos da pesquisa, os mecanismos de privatização no município de Uberaba/ MG e a relação do Conselho com o legislativo e os movimentos sociais.

Por fim, nas considerações finais são problematizadas questões abordadas no decorrer do estudo. Apresentam-se os desafios postos à investigação e a importância do Conselho-enquanto um dos espaços de resistência em defesa da saúde pública-aliar com outras frentes de luta para avançar na radicalização da democracia social,

econômica e política, que só é possível a partir de uma luta organizada e unificada dos segmentos da classe trabalhadora.

## CAPÍTULO 1 SAÚDE NO BRASIL

### 1.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE FRENTE À RACIONALIDADE HEGEMÔNICA NO BRASIL

A teoria é capaz de se apossar das massas ao demonstrar-se *ad hominem*, e demonstra-se *ad hominem* logo que se torna radical. Ser radical é agarrar as coisas pela raiz (MARX, 2005, p. 151).

Neste capítulo, faremos um percurso histórico e analítico para compreender a política de saúde, cujo desenvolvimento foi marcado pela racionalidade hegemônica da autocracia burguesa no Brasil. Abordaremos as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo de Reforma Sanitária Brasileira; a contrarreforma neoliberal do Estado; a apropriação do fundo público para financiamento do capital e os rebatimentos sobre a política de saúde.

As políticas sociais, em especial, a política de saúde, constituíram-se como resultado de lutas sociais a partir das contradições e da correlação de forças entre trabalhadores e capitalistas. Não obstante, em cada país, elas assumem perfis particulares a depender da formação política, econômica, cultural e social. Por um lado, as políticas sociais expressam formas de dominação da burguesia, por outro, representam conquistas da classe trabalhadora por melhores condições de vida e trabalho (PEREIRA, 2016).

Nesse sentido, como a política social expressa interesses diversos de classes, para materializar-se no cotidiano, desde o seu planejamento até sua gestão e execução, ela comporta uma racionalidade que a organiza e fundamenta. Esse conflito de projetos consubstancia também sob a forma de disputa de racionalidades, configurando diversas concepções de Estado, direitos, classes sociais, ou seja, expressa interesses de classe em confronto no âmbito do Estado e da sociedade civil (SOARES, 2010).

Para Soares, essa racionalidade instrumental expressa os interesses da burguesia, que legitima e organiza diversos espaços da vida social, tanto no âmbito da produção, como da reprodução, dentre eles o Estado e as políticas sociais, e especificamente, a

política de saúde. E o Estado brasileiro, a partir das décadas de 1920 a 1930 passa a aderir a essa racionalização.

“Tanto o irracionalismo quanto o ‘racionalismo’ formalista são expressões necessárias do pensamento ideológico da burguesia contemporânea” (COUTINHO, 1972, p. 2;3). Essa burguesia não parte da premissa e da dimensão histórica da objetividade, da riqueza humanista da práxis, são incapazes de aceitar a razão dialética. O predomínio dessas posições modifica de acordo com as causas históricas. Em momentos de crise a burguesia acentua ideologicamente o momento irracionalista, subjetivista; quando enfrenta momentos de estabilidade, prestigia orientações fundadas num “racionalismo” formal (COUTINHO, 1972).

Para explicar o problema da razão na filosofia burguesa, o autor recorre a duas etapas principais no desenvolvimento da história. A primeira que vai dos pensadores renascentistas à Hegel, demarca um movimento progressista e ascendente, orientado por uma racionalidade humanista e dialética. No entanto, por volta de 1830- 1848 outra etapa surge com uma radical ruptura, correspondendo à descontinuidade objetiva do desenvolvimento do capitalismo. Ao se tornar uma classe conservadora, a burguesia<sup>6</sup> estreita cada vez mais sua apreensão objetiva da realidade, “a Razão é encarada com um ceticismo cada vez maior, renegada como instrumento do conhecimento ou limitada a esferas progressivamente menores ou menos significativas da realidade” (1972, p.8).

As concepções e características da racionalidade dão legitimidade e condicionam certos posicionamentos e intervenções no cotidiano, ainda que fiquem no âmbito oculto, mas, determinam o modo como o Estado, os sujeitos e grupos sociais intervêm na realidade, que respondem em maior ou menor grau as necessidades históricas dessa mesma realidade (COUTINHO, 1972).

No Brasil, esse processo inicia-se com as particularidades de formação do Estado brasileiro, de características fortemente autocráticas e autoritárias, num momento de crise do poder oligárquico na transição das estruturas de poder, para ascensão da burguesia industrial.

---

<sup>6</sup>Para Coutinho (1972) a razão burguesa consistia em negar ou limitar o papel da razão no conhecimento e na práxis dos homens, ou melhor, eliminar de uma vez por todas a categoria Razão.

A dominação burguesa se associava a procedimentos autocráticos, herdados do passado ou improvisados no presente, e era quase neutra para a formação e difusão de procedimentos democráticos alternativos, que deveriam ser instituídos (na verdade, eles tinham existência legal ou formal, mas eram socialmente inoperantes) (FERNANDES, 2005, p. 243).

Até metade do século XX, o Brasil se constituiu de uma economia agrária baseada na exportação de produtos primários, como: algodão, minério, cana-de-açúcar, borracha, madeira, entre outros; centrando-se, num determinado período, na produção do café. Durante muito tempo, perdurou a exploração do trabalho escravo, da tradição patrimonial e clientelista, que foi mantido na cultura brasileira de acordo com as mudanças econômicas, sociais e políticas.

Florestan Fernandes (2005), em sua obra “A Revolução Burguesa no Brasil”, aponta que ao contrário da transição dos países europeus, aqui, a transição para o capitalismo se deu de forma diferente. No Brasil, a modernização deu-se a partir de conciliações pelo alto, entre as frações das classes dominantes, sem contar, portanto, com a participação das massas populares.

A função do Estado na vida econômica emergia como condição para eficácia e regularidade da dominação política dos estamentos senhoriais. Uma das dimensões que revelam o aspecto novo das conexões funcionais do Estado nacional na organização da economia é a fidelidade aos princípios do liberalismo econômico, protegendo e fortalecendo a iniciativa privada (FERNANDES, 2005).

De acordo com Behring (2008), o Estado brasileiro já nasceu marcado pela noção ambígua de política econômica, entre o liberalismo e o patrimonialismo, com ações que garantiam os privilégios estamentais<sup>7</sup> associado a um modo de desenvolvimento onde o Estado se encarregava de cumprir as funções que deveriam ser cumpridas pela iniciativa privada. Para a autora, o Estado se transformou em executor de um

---

<sup>7</sup> Para a autora, o Brasil dinamiza tendências de integração, diferenciação e crescimento econômico, num processo que não estabelece ruptura com o passado recente, escravista e patrimonialista. Florestan Fernandes (2005) aponta que os senhores rurais que já utilizavam da ordem legal para estabelecer sua dominação, adquiriram mais poder através da independência: “[...] as formas de poder político, criadas através da implantação de um Estado nacional, foram assimiladas pelos estamentos senhoriais e convertidas, desse modo, em dominação estamental propriamente dita” (FERNANDES, 2005, p.40). O estamento senhorial patrimonialista adquire representação política e adentra de forma mais intensa no poder, formado por uma elite que determinava as decisões e utilizava do aparato do Estado para que seus interesses fossem colocados em prática.

desenvolvimento desigual, que não alterou a estrutura da propriedade, tampouco garantiu os direitos sociais.

Ao tratar do desenvolvimento do capitalismo brasileiro, Fernandes (2005) salienta que da década 1860 até 1950 observa-se uma fase de constituição de um mercado capitalista mais consolidado, com estrutura econômica que aparentemente nascia de decisões internas, quando na verdade estreitava vínculos com as economias centrais. Os interesses internos e externos fortaleciam a dimensão autocrática do exercício do poder político, denominado pelo autor de consolidação conservadora da dominação burguesa no Brasil. É no âmbito dessa configuração do Estado brasileiro que os direitos sociais foram instituídos, herdando as características e especificidades de sua formação sócio- histórica: dependência, clientelismo, subordinação e atraso.

De acordo com Boschetti (2007) tanto nos países capitalistas da Europa ocidental como na América Latina, a Seguridade Social se estrutura tendo como referência a organização social do trabalho, mesmo se constituindo de forma diferente em cada país, haja vista suas questões estruturais, o grau de desenvolvimento do capitalismo e de questões conjunturais, como a organização dos trabalhadores. Um dos pilares de estruturação da seguridade social é sua organização com base na lógica do seguro social. No Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso à previdência e à saúde desde a década de 1923 até a Constituição Federal de 1988.

No ano de 1923, são instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através da Lei Elói Chaves, sendo a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. Primeiramente, foram beneficiados os trabalhadores ferroviários e, posteriormente estendidas aos portuários, funcionários públicos da União, etc. As Caixas de Aposentadoria eram organizadas por empresas, sob a forma contributiva, mediante um contrato compulsório, que tinham por objetivo a prestação de benefícios (aposentadoria e pensão) e a assistência médica aos seus filiados e dependentes (COHN, 1998).

Os grandes traços que caracterizaram as CAPs eram: um seguro com caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores essenciais à economia brasileira, tanto no sentido de disciplinar essa força de trabalho quanto no sentido de assegurar recursos mínimos ante os acidentes e as consequências do esgotamento da sua capacidade para o trabalho; financiamento tripartite entre empregadores,

trabalhadores e Estado, que no fim das contas recaía sobre os trabalhadores; acesso não universalizante e a compra de serviços privados para assistência médica. Esse período marca, portanto, “as raízes da privatização da assistência médica no Brasil” (COHN, 1998, p.14). Esses traços já apontam para a racionalidade instrumental e burocrática do Estado brasileiro, particularmente no que diz respeito à política de saúde.

No período de 1933 a 1938 as CAPs são unificadas e transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que agregam agora os trabalhadores por categorias profissionais. Estes deixam de ter controle sobre a gestão de seus recursos, ficando incumbido ao Estado a sua administração, direcionado por um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados, com poder apenas consultivo e não deliberativo (COHN, 1988).

Tanto nas CAPs quanto nos IAPs, o direito aos benefícios e prestações de serviços “se constitui menos (ou quase nada) como função de sua condição de cidadão ou trabalhador, e sim do reconhecimento da sua situação ocupacional oficialmente legitimada e vinculada a uma obrigação contratual de caráter contributivo” (COHN, 1998, p.18). Assim, reforça a autora, consolida-se o perfil desse sistema: centralizador, burocrático e ineficiente. Os trabalhadores que não estavam inseridos no mercado de trabalho ficavam excluídos do direito à saúde.

Portanto, a assistência médica previdenciária emerge mercantilizada sob a forma de seguro, além de estruturar um sistema urbano de assistência quando a maioria da população era rural, atingindo apenas a força de trabalho urbana, e entre os trabalhadores, favorecia aqueles que estavam vinculados aos polos dinâmicos de acumulação capitalista. Paim (2008) afirma que os serviços de saúde emergiram de forma dicotômica entre saúde pública e previdência social, em que na primeira realizava-se ações de prevenção e controle de doenças da população, na segunda serviços de medicina individual, isto é, previdenciária, filantrópica e liberal. Em nenhuma hipótese se configurava a ideia de direito à saúde.

A medicina previdenciária, implementada e gerida pelos IAPS, atuava de forma corporativa e segmentada, cuja organização estava centralizada na abordagem hospitalocêntrica, curativa e burocratizada.

A assistência era limitada aos trabalhadores inseridos em empregos formais e organizados conforme o sindicalismo instituído por Vargas e, portanto, atrelado aos interesses do Estado. Esse modelo corresponde à concepção de cidadania regulada – modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores informais eram vistos como pré-cidadãos (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 335).

Os IAPS se tornaram os maiores compradores de serviços médico-hospitalares em função dos recursos que dispunham, mas, como não investiram em equipamentos próprios, ficaram reféns da estrutura médico-hospitalar privada. O aumento dos gastos com esse setor e o aumento das contribuições, conduziu o governo a investir em equipamentos públicos para a saúde, foi quando em 1948/1949 hospitais e serviços públicos foram inaugurados em todo país, mas, ainda assim, o setor privado foi predominante (ACIOLE, 2006).

Segundo o autor, o sistema previdenciário permaneceu como comprador direto dos serviços de assistência hospitalar, modificando apenas a gestão e a forma administrativa dos negócios, sem alterar sua dependência em face da estrutura hospitalar privada.

Em 1941 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde que pretendeu estudar as bases da organização de um programa nacional de saúde e discutir os problemas sanitários em nível estadual e federal. No entanto, as discussões realizadas continuaram com uma perspectiva de saúde curativa. No mesmo ano, instituiu-se a reforma Barros Barreto<sup>8</sup> trazendo algumas ações para a área da saúde (POLIGNANO, 2001).

Se no Brasil a política de saúde encontrava-se polarizada entre as ações de caráter coletivo, o sanitarismo campanhista, e a assistência médica individual<sup>9</sup>, por outro lado, existiam discussões acerca do conceito de saúde em diversas conjunturas

---

<sup>8</sup> Essa reforma se destacou pelas seguintes ações: Instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional; descentralização das atividades normativas e executivas por 8 regiões sanitárias; destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (POLIGNANO, 2001, p.11).

<sup>9</sup> As ações de caráter coletivo pautavam-se nos programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde, e a assistência médica individual centrada no INPS, marcada pela especialização da assistência na vertente da atenção hospitalocêntrica, de alto custo e centrada na doença (NEVES, 2014).



internacionais. Neste sentido, em 1946, a recém-criada Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece em seus primeiros documentos o seguinte conceito: "Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (OMS, 1946). Ao mesmo tempo em que essa definição forneceu uma base sólida e segura que influenciou diretrizes e parâmetros para o acesso à saúde, foi alvo de crítica por parte de gestores e intelectuais sanitistas em todo o mundo para quem essa conceituação de saúde da OMS como completo bem-estar seria impossível de ser alcançada, além de não ser operacional. Porém, outras argumentações contestaram dizendo que embora não exista esse completo bem estar, a saúde deveria ser entendida como a busca constante desse estado.

Nesse período, o Brasil ainda não debatia a relação da política de saúde com seus condicionantes e determinantes, como moradia, alimentação, saneamento, educação a partir de uma visão integrada, mas sim de forma preventivista, que defendia o setor da saúde como autônomo e isolado, realizada em âmbito individual e independente das estruturas sociais e coletivas (ESCOREL, 1998).

Concomitante com o avanço da tecnologia na área da saúde ocorre um salto nos custos com a prática médica. A medicina previdenciária se transformava em área de grande interesse empresarial, bem como são utilizadas como mecanismos de exercício do poder político e econômico, isto é, espaço de disputa, controle e dominação.

Na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período. É o próprio rosto de nossa estrutura social que se desenha sobre essa dupla face, ao menos no que esse rosto tem de mais atroz e recorrente em termos de poder (LUZ, 1991, p. 80).

Segundo a autora supracitada, a realidade que marcou os anos 1950, cujos programas e serviços de saúde eram marcados pela ineficiência e incompetência, foi

combatida com mais programas, serviços e campanhas, redundando no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública *versus* atenção médica individual<sup>10</sup>.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, antigo Ministério da Educação e Saúde, em período que ficou marcado pela separação entre saúde pública- centrada na erradicação de doenças e endemias- e assistência médica previdenciária, de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que os impediam de trabalhar. Até 1964, o MS se caracterizou pela transitoriedade de seus titulares, evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Na mesma direção, é possível identificar o aumento dos convênios do setor privado com empresas médicas, além do cenário marcado pela repressão e pelo autoritarismo, isto é, intensifica-se ainda mais o processo de privatização e centralização da política de saúde realizado pelo Estado burguês brasileiro.

Essas características perduraram até o período autocrático burguês<sup>11</sup>, a partir dos anos 1964. Em 1966, a previdência social é unificada com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no qual concentrou poder e controle de recursos em um único órgão. Houve ampliação da cobertura de categorias de trabalhadores<sup>12</sup>, principalmente dos trabalhadores assalariados formais, no entanto, demarca o período de entrada do capital estrangeiro nas áreas de medicamentos e equipamentos e amplo financiamento de hospitais particulares com dinheiro público via INPS (CHAMIS; SILVA, 2008).

---

<sup>10</sup> Para Bravo (2006) o setor de saúde pública organizou-se e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Suas principais medidas foram: ênfases nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, ações para as áreas de endemias rurais, reorganização do Departamento Nacional de Saúde. No entanto, mesmo que se tenha identificado gastos favoráveis com saúde pública e melhoria das condições sanitárias, com variações nos anos 50, 56 e 63, não conseguiu eliminar o quadro de doenças e taxas de mortalidade.

<sup>11</sup> A autocracia burguesa, como foi denominada por Florestan Fernandes, diz respeito ao conservantismo nas relações de dependência, na qual sempre prevaleceram os privilégios da burguesia. Esse poder burguês, em acordo com sua lógica econômica e política, tratou de proteger os interesses privados internos e externos em nome de um “desenvolvimento econômico acelerado”. Segundo o autor, foi encerrado o capítulo de ideal de revolução nacional democrático- burguês e são lançados os elementos históricos do caráter essencialmente contrarrevolucionário da Revolução Burguesa nesse país (FERNANDES, 2005).

<sup>12</sup> A partir de 1971, ocorre a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos.

Associado a essas mudanças, outro fator vai alterar a prática médica e a estrutura do setor prestador de serviços: o surgimento de um setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos. A saúde se torna um bem de consumo voltado ao mercado, vendida e comprada, normalmente a um custo elevado (VIANNA, 2002).

Amplia-se progressivamente o setor econômico-industrial amparado pelo Estado e pautado pela lógica lucrativa, com vistas à acumulação do capital e sustentação do setor privado, através da previdência social, a fim de constituir o complexo médico industrial hospitalar e farmacêutico, além de injetar recursos públicos no setor privado. No que se refere ao complexo econômico industrial da saúde<sup>13</sup>, Vianna (2002) aponta que ele é:

resultante de uma etapa particular do desenvolvimento capitalista da área médica, no qual as práticas privadas e capitalistas tornaram-se hegemônicas e determinantes das funções e relações de cada ator no interior do setor saúde. Nesse sentido, esse complexo não está sozinho vis-à-vis outras práticas sociais do Estado e as necessidades de acumulação de capital do restante da economia. Ao contrário, ele depende – em gênero, número e grau – da integração orgânica que consegue estabelecer com o sistema de produção que o delimita (2002, p. 381).

Com a ampliação da cobertura de atendimento, mediante o número elevado de contribuintes do INPS, foi necessário não apenas aumentar a rede própria de serviços, como contratar estabelecimentos privados. Como este último setor não tinha capacidade para atendimento em conformidade com a demanda, foi preciso ampliar sua estrutura hospitalar e ambulatorial. Para que ocorresse essa expansão, a rede privada foi financiada com recursos públicos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que também era utilizado para financiar projetos na área da educação, trabalho e assistência social (MARQUES, 1999).

A política social vai se tornando cada vez mais espaço fértil para a racionalidade estatal, que resolve seus problemas de gestão não no âmbito político, mas a partir de aparatos técnicos e burocráticos, ou seja, é orientada e direcionada por dados, índices e alcance de bons resultados.

Essa configuração política e econômica da racionalidade burguesa atua sob os interesses do mercado. Na perspectiva de Coutinho (1972), a Razão passa a ser

---

<sup>13</sup> O CEIS (Complexo Econômico Industrial da Saúde) é analisado a partir das complexas relações entre os interesses produtivos, tecnológicos e sociais no âmbito da saúde.

instrumentalizada pelos interesses da burguesia e pelas necessidades sociais do capital, denominado pelo autor de “miséria da Razão”. Além disso, é pautada pelo reformismo conservador, que visa alcançar um equilíbrio sistêmico da ordem a partir de uma gestão acrítica e burocrática (SILVA, 2013). Ou ainda, segundo Guerra (2007) a racionalidade burguesa está subjacente às formas de ser, pensar e agir na ordem social capitalista, permeada por ações pragmáticas, imediatistas, que visam eficiência e eficácia.

Na medida em que se expandia no país o desenvolvimento industrial e a aceleração do crescimento urbano, ocorre um assalariamento crescente da população e uma maior articulação dos movimentos sociais<sup>14</sup>, entre eles, o movimento sindical, estudantil e camponês, tensionando pela ampliação da assistência médica e, sobretudo, do papel do Estado.

No período ditatorial, o Estado brasileiro fez uso da repressão contra os movimentos sociais, fazendo da política social instrumento de contenção e controle das massas, apostando nas estratégias de administração gerencial, como forma de subverter toda potencialidade e resistência dos trabalhadores e suas formas de organização. De acordo com Soares (2010) novamente é retomado o binômio repressão-assistência, com aumento exponencial do aparato estatal, cada vez mais racionalizado e burocratizado.

A política de saúde nesse período beneficiou a assistência médica previdenciária que estava mais empenhada com a acumulação de reservas financeiras em detrimento da ampla prestação de serviços, reafirmando o espaço do setor hospitalar privado que respondia aos interesses das grandes multinacionais fornecedoras de equipamentos médicos e medicamentos.

---

<sup>14</sup> Faz-se necessário ressaltar que o termo “movimentos sociais” se generaliza e adquire sentidos diversos relacionados aos projetos societários em disputa. No campo marxista, por exemplo, as contribuições e produções de Marx e Engels, trazem o desafio de compreender os sujeitos na realidade concreta, na construção coletiva da “consciência de classe” e nas possibilidades de formação de uma visão de mundo emancipatória (PEREIRA, 2014). De acordo com Duriguetto e Bazzarello (2005) na realidade brasileira da década de 1970, movimentos sociais surgem em defesa dos direitos a bens de consumo coletivo e direitos políticos. Destacam-se diferenças entre os movimentos em relação a seus projetos políticos societários, sua dinâmica interna, articulação entre base e liderança. Para as autoras os movimentos sociais, ao contribuírem para a crítica às formas tradicionais de condução das reivindicações, pautadas no clientelismo e no paternalismo, tem impactos sociopolíticos e culturais na sociedade.

Para Oliveira e Fleury (2001) a partir de 1966 a saúde pública teve um declínio, dando espaço à medicina previdenciária e implantando o modelo de privilegiamento do produtor privado de serviços. Algumas das características adotadas nesse período em relação a orientação da política nacional de saúde, foram:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural;
- Privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo;
- Articulação do Estado com os interesses do capital nacional e internacional que se expande para a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares;
- Atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, e como resposta às pressões dos consumidores, dos técnicos e dos empresários, desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor, propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços (OLIVEIRA; FLEURY, 2001, p. 207- 212).

A área da saúde ganha destaque devido ao seu importante papel no processo de reprodução dos trabalhadores e, simultaneamente, atender às necessidades de expansão do mercado privado, isto é, do capital nacional e internacional. O Brasil buscava sua inserção no mercado internacional para atender aos interesses da burguesia, indicando uma nova etapa da industrialização brasileira que trouxe altos níveis de crescimento econômico associado a altos níveis de desigualdade social. Isto porque, para garantir as expectativas dos países capitalistas centrais e os privilégios da burguesia nacional, investia na superexploração do trabalho e dos recursos naturais para gerar excedente, acumulação e sua integração internacional (FERNANDES, 2005).

Para o autor, essa integração nacional carrega um problema crucial de dupla articulação: desenvolvimento desigual interno e à dominação imperialista externa. O Estado autocrático burguês expressa suas contradições ao realizar, dialeticamente, mecanismos que, de um lado, controlam e suprimem qualquer possibilidade de articulação política dos trabalhadores, com uma filosofia militar e agressiva de defesa

da ordem; do outro lado, amplia a assistência do Estado, pautada numa lógica tecnocrática, focalizada e fragmentada.

Nesse contexto histórico- social, a dominação burguesa não é só uma força socioeconômica espontânea e uma força política regulativa. Ela polariza politicamente toda a rede de ação autodefensiva e repressiva, percorrida pelas instituições ligadas ao poder burguês, da empresa ao Estado, dando origem a uma formidável superestrutura de opressão e bloqueio, a qual converte, reativamente, a própria dominação burguesa na única fonte de “poder político legítimo” (FERNANDES, 2005, p. 352).

Na mesma direção, Netto (2005) reforça que a vigência do regime autocrático burguês cristalizou uma estrutura estatal burocrática e administrativa conformada a gerir o modelo econômico da ditadura. O país esteve subordinado ao grande capital, na reprodução ampliada da continuidade do desenvolvimento dependente e associado que acentuou ainda mais sua integração subalterna ao sistema capitalista mundial. Alguns elementos marcaram o perfil e a estrutura econômico- social do Brasil legados pela ditadura:

A internalização e a territorialização do imperialismo; uma concentração tal da propriedade e da renda que engendrou uma oligarquia financeira; um padrão de industrialização na retaguarda tecnológica e vocacionado para fomentar e atender demandas enormemente elitizadas no mercado interno e direcionado desde e para o exterior; a constituição de uma estrutura de classes fortemente polarizada, um processo de pauperização relativa praticamente sem precedentes no mundo contemporâneo ; a acentuação vigorosa da concentração geopolítica das riquezas sociais, aprofundando brutais desigualdades regionais (NETTO, 2005, p. 32).

A saúde, obviamente, já se colocava como área estratégica e de grande interesse para ampliar os investimentos do capital, com mediação do Estado. As intervenções sobre as expressões da questão social, incluindo a política de saúde, se conformavam em respostas neutras, técnicas, sem fazer interlocução com a realidade social e política. O modelo autocrático burguês de Estado difundia a necessidade de hierarquização, coordenação e padronização dos serviços públicos, em nome da eficiência e da economia, denominado por Antonacci (1993), como pontos essenciais na racionalização dos serviços públicos.

Nesse movimento, a política de saúde enfrenta embates que vão determinar seu espaço na cena nacional. Muitos trabalhadores não integravam o mercado formal de trabalho, e por isso, ficaram excluídos do direito à saúde, ampliando ainda mais as tensões; além disso, o panorama mundial é de crise estrutural do capitalismo, que

teve início nos anos 1970. Cresce assim, a revolta e resistência política frente o regime autocrático e centralizador do Estado brasileiro.

É nesse contexto que surgem outros movimentos sociais, lutando contra o desemprego, a inflação, as condições de vida e pelo fim da ditadura. Como expressão dessa resistência, emerge também o movimento pela reforma sanitária, sendo constituído por diversos segmentos: partidos, trabalhadores, entidades e outros movimentos em defesa da saúde. Propunha a ocupação dos espaços institucionais, a realização de mudanças radicais na política e a construção de um sistema pautado na universalização da saúde, descentralização dos serviços, integralidade e democratização, incluindo a participação do povo nas decisões do Estado (BRAVO, 2006).

Portanto, é notório que a constituição do SUS é decorrente de um processo de lutas, embates políticos e ideológicos que foram tensionados por diversos sujeitos sociais. Essas forças políticas foram fundamentais para o processo de redemocratização do país e interviram nas propostas de construção de um novo sistema de saúde, que resultaram em um desenho heterogêneo do sistema de saúde, haja vista a presença de projetos contraditórios.

O movimento sanitário trava uma luta contra-hegemônica<sup>15</sup> à racionalidade da política de saúde, bem como do Estado brasileiro e do modelo de desenvolvimento capitalista (SOARES, 2010). Tratava-se de um projeto que assinalava diversas mudanças na estrutura do Estado, além de defender que a saúde viesse a ser garantida como direito do cidadão e dever do Estado.

---

<sup>15</sup> Na perspectiva de Gramsci, a hegemonia pressupõe a conquista do consenso e da liderança política, cultural e ideológica de uma classe sobre a outra, ela se consolida não apenas em conflitos relacionados à estrutura econômica e à organização política, mas envolve também a esfera ético-cultural, isto é, a expressão de saberes, representações, valores. A contra-hegemonia expressa o contraditório e institui ações que buscam uma nova direção ético-política contrária à estrutura de dominação da sociedade capitalista. Gramsci afirma e defende que “um grupo social pode e deve ser dirigente já antes de conquistar o poder governativo (esta é uma das condições principais para a própria conquista do poder); depois, quando exerce o poder e mesmo se o tem fortemente na mão, torna-se dominante mas deve continuar a ser também dirigente” (GRAMSCI, 1978, p. 276).

## 1.2 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: DISPUTAS, PROPOSTAS E SUJEITOS POLÍTICOS

Vamos caminhando  
Aqui se respira luta  
Vamos caminhando  
(CALLE 13)

Antes da década de 1980, o sistema de saúde no Brasil era segmentado em três dimensões: a medicina previdenciária, que atendia os trabalhadores com vínculo formal de trabalho; a saúde pública, que realizava assistência preventiva, por meio de campanhas e controle de epidemias e o mercado privado, destinado aos indivíduos que podiam custear hospitais e consultas particulares<sup>16</sup>.

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi concebido por Arouca (1988) como um projeto de “Reforma Social” constituído por diversas forças sociais, que articularam proposições de mudanças em diversos aspectos no âmbito da reforma sanitária, inclusive deram sustentação política e ideológica para um debate mais amplo acerca da efetivação do SUS como parte de um projeto de sociedade que visava a radicalização da democracia social, econômica e política.

Em sua obra “Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica”, Paim (2008) analisa a RSB como ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Para ele, a categoria *ideia* diz respeito aos esforços dos movimentos sociais, dos trabalhadores da saúde e estudiosos em construir possibilidades de enfrentamento frente às contradições que se aprofundavam no âmbito da saúde. Assim, foi criado o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), em julho de 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, que fortaleceram as reflexões iniciais sobre a temática no âmbito acadêmico.

A categoria *proposta* trata de uma definição mais concreta do conteúdo da RSB. Um conjunto de proposições foi apresentado no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde (BRASIL, 1980) com o documento “A Questão Democrática

---

<sup>16</sup> Vale ressaltar que existiam também hospitais e maternidades de caráter filantrópico para atendimento de pobres e indigentes, constituíam-se em mecanismos de favoritismo e clientelismo político.



da Saúde”, que propôs pela primeira vez, a criação do SUS (CEBES, 1980), representando um marco na construção da proposta da RSB.

A categoria *projeto* corresponde à ideia e proposta de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que visava definir estratégias políticas e algumas diretrizes para atuação naquela conjuntura, apresentando elementos teóricos, científicos e técnicos aos sujeitos sociais. A ABRASCO assumiu a bandeira da RSB e dedicou todos os boletins publicados ao debate do projeto da RSB. No mesmo ano, divulgou um encarte com o título: “Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado”, que posteriormente foi utilizado no artigo 196 da CF/88.

A categoria *movimento* surge com a criação da CEBES em 1976, que denominou de movimento sanitário, ou movimento de reforma sanitária, o conjunto de práticas políticas, ideológicas e sociais que pressupunham a democratização da saúde.

A década de 1980 demarca um período de ascensão de uma cultura política democrática que visava romper com o Estado burocrático, centralizador e autoritário para instituir a participação popular, com propostas de criação de conselhos e redefinição do controle social<sup>17</sup>.

De acordo com Paim (2008) a RSB como uma reforma social poderia ser definida a partir dos seguintes elementos: a) **democratização da saúde**, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito a saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) **democratização do Estado** e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) **democratização da sociedade** alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

---

<sup>17</sup> No próximo capítulo será aprofundada a discussão acerca da participação popular e do controle social.

Entretanto, existem muitas contradições que permeiam a constituição de um projeto novo para a saúde. Arouca (1988) defendia a RSB como um projeto civilizatório que pretendia radicalizar a democracia, tendo como fim a perspectiva do socialismo. Em outra direção, identificavam-se aqueles que defendiam a democratização do Estado a partir dos limites do capital.

Para Soares (2010), o movimento sanitário não era homogêneo, sendo composto por diversos segmentos. Alguns defendiam uma nova ordem societária, fundados numa racionalidade de base emancipatória humana, outros buscavam um melhoramento da ordem burguesa com bandeiras de luta da social- democracia. No entanto, o movimento carregava como ponto comum, a defesa da emancipação política, seja como estratégia para emancipação humana ou nos limites mesmo desta ordem.

Escorel (2011) aponta que a luta pela saúde possui tanto um potencial revolucionário como de consenso. No âmbito revolucionário, a saúde adquire um caráter subversivo, contrário à condição de mercadoria, que lhe é dado no sistema capitalista, constituindo, portanto, campo privilegiado da luta de classes. Para a autora, “a luta ideológica no campo da saúde assume assim uma espécie de manifestação da luta ideológica da sociedade como um todo” (ESCOREL, 2011, p. 183). Ao passo que também é um elemento com potencial para o consenso, “um direito ao redor do qual pode unir-se um conjunto de forças para, através de uma aliança, empreender uma luta para a sua conquista” (ESCOREL, 2011, p.184).

Uma das experiências que buscou questionar e lutar por mudanças no modelo de assistência à saúde foi o Movimento Popular de Saúde (MOPS), articulado à diversos movimentos sociais e grupos políticos. Segundo Albuquerque (2003), foi a partir do Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (ENEMEC) que foi criado o Mops, especificamente no 3º Encontro realizado em Goiânia ele foi reconhecido nacionalmente e apontou como tema principal: “Saúde, uma conquista do povo”. Esse movimento congregava agentes de saúde, membros das pastorais da igreja, profissionais de saúde e sujeitos que realizavam educação em saúde nas comunidades, a partir da educação popular em saúde.

A pauta inicial do Mops foi a luta por saúde, exigindo melhores condições de vida e saúde para a população e a condição para que fosse possível alcançar esse objetivo seria a participação da sociedade nas decisões sobre as políticas governamentais.

Por essa razão, a oposição à ditadura militar e a luta pela democratização estavam diretamente relacionadas às lutas mais gerais do movimento.

A luta deveria passar necessariamente por um ingresso efetivo das forças populares e sociais organizadas na arena política, de modo que pudessem não apenas expressar suas opiniões e demandas, mas também disputar posições e decisões sobre a alteração de todo o quadro de condições sociais de produção das doenças. Neste sentido, a luta por mudanças no quadro institucional e de prioridades para o setor saúde, passava necessariamente pela democratização do Estado e da sociedade brasileira, pela incorporação destes novos atores sociais (movimentos sociais organizados, movimentos sindical, etc.) à cena política (FERRAZ, 1998, p. 82).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, contou com uma diversidade de sujeitos e propostas, culminando um intenso embate político ideológico que, ao fim, deliberaram pela Reforma Sanitária. Representou o marco de um novo período para a saúde no Brasil, ao construir uma agenda de ações que buscavam consolidar o sistema, a fim de enfrentar os desafios existentes. As bases da construção do SUS fundamentaram-se nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e nas diretrizes da descentralização, hierarquização, regionalização e participação social (BRASIL, 2007).

Esta Conferência teve um papel importante por propiciar uma ampla participação e representatividade que mostraram a magnitude das questões da reforma sanitária e a articulação política que se fez em torno dela. Além disso, seu relatório final consolida todas as propostas apontadas pelo movimento e formaliza o projeto da reforma. Esse relatório foi base para os debates no processo de formulação da nova constituição.

O conteúdo do projeto da RSB que foi amplamente discutido e disputado, consta no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Este afirma que:

- a) a saúde não é um conceito abstrato;
- b) as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária;
- c) Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente

uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas, econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las (BRASIL, 1986, p. 12).

No relatório, a saúde é definida em um “contexto histórico de uma determinada sociedade, em um dado momento histórico vivido por essa sociedade e é conquistada pela população nas suas lutas cotidianas” (BRASIL, 1986). O resultado final foi a incorporação de alguns princípios básicos na Constituição de 1988, que foram defendidos pelo movimento sanitário e garantiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Após a 8ª CNS foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) por decisão dos Ministérios da Previdência, Saúde e Educação, composta paritariamente por governo e sociedade civil e a Plenária Nacional de Entidades de Saúde<sup>18</sup>, para dar continuidade às propostas da sociedade civil e elaborar um Projeto Constitucional. Não obstante, era perceptível que frente a composição ampla e de diferentes forças sociais, os conflitos ideológicos se evidenciariam (PAIM, 2008).

Paralelamente às discussões da reforma nesses fóruns políticos, na esfera governamental ocorreu uma mudança institucional. Para descentralizar e unificar o sistema de saúde, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cujos serviços de saúde estariam sob diretriz única e as esferas do governo (municipal, estadual e federal) contariam com maior autonomia.

As resistências ao SUDS apontam para as dificuldades de implantação efetiva de mudanças em um contexto político-institucional caracterizado pela constituição de fortes atores e interesses públicos e privados que ofereciam resistência a elas, como políticos, burocracia do INAMPS e do Ministério da Saúde e o setor privado (MENICUCCI, 2003, p. 176).

A partir da década de 1990, o movimento sanitário passou a enfatizar a institucionalização do SUS, passando por inflexões em seu projeto, haja vista a importância de dar continuidade às suas estratégias políticas, mas, resultou no que Paim (2008) denominou de reforma parcial. O processo da RSB foi “reduzido a uma

---

<sup>18</sup> “A Plenária Nacional de Entidades de Saúde estava constituída por entidades representativas do movimento popular (Mops e Conam), do movimento sindical (CUT, CGT e Contag), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos e Conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PC do B, PT e PSB) e de representantes da Academia (ABRASCO, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas) além de entidades representativas setoriais como o Cebes, o Conass e o Conasems” (Scorel, 1998:190).

reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (PAIM, 2008, p.309).

O movimento sanitário passou a priorizar a institucionalização do SUS e não levou adiante as estratégias e propostas para prosseguir a luta pela RSB, o que não significa desconsiderar o SUS como uma conquista importante enquanto política pública. No entanto, ocorreu um processo de esvaziamento da organização e luta pelo direito à saúde que gerou consequências para o projeto da RSB. Segundo Paim (2008) a reforma sanitária não esteve presente nos relatórios finais das conferências nacionais de saúde (1992, 1996 e 2000), voltando a ser mencionada apenas quatro vezes no relatório da 12ª CNS, no governo Lula.

Outro ponto a ser destacado diz respeito a discussão do processo de universalização e fundo público da saúde.

O processo de universalização da saúde envolvia, além da ampliação da demanda por serviços, (visto que incluía toda a população no sistema), a desvinculação da saúde do âmbito da previdência social, que detinha a principal fonte de recursos. Como grande parte dos recursos dessa fonte era destinada aos benefícios sociais, como: pensões, aposentadorias, dentre outros, ficou claro que haveria necessidade de se criar novas fontes para compor o orçamento do sistema de saúde. Então, além daquela fração já destinada pela previdência social, tinham que ser definidas pela Constituição Federal as fontes que iriam compor a seguridade social e, particularmente, a saúde (SOUZA, 2013, p. 61).

A universalização estava diretamente relacionada com a estrutura da rede de serviços públicos a ser ofertada à população. Nesse sentido, uma das propostas aprovadas na 8ª CNS em relação ao sistema de saúde, era a de redirecionar os fundos públicos, que antes eram utilizados para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos, para que fosse fonte de recursos exclusivos para o setor público (BRASIL, 1996).

Na 8ª Conferência foram expressas propostas que defendiam um sistema exclusivamente estatal e propostas que apostavam no sistema público com abertura para a iniciativa privada, sendo deliberada a criação de um sistema que deveria passar por um processo de estatização progressiva. A perspectiva da Reforma Sanitária era instituir um sistema de saúde que fosse totalmente estatal. Entretanto, os lobbies do setor privado no Congresso Nacional pressionaram para manter um sistema privado de caráter complementar, o que garantiu a permanência da sua configuração híbrida, isto é, público/privado na CF/88 (SOUZA, 2013).

Segundo Rodrigues Neto (1997), na saúde, a grande bandeira levantada pelos setores conservadores foi a de combate à “estatização”, cujos integrantes eram o setor hospitalar privado, o setor da “medicina de grupo”, as cooperativas médicas e os representantes da medicina liberal. Esse último segmento havia feito alianças com os setores progressistas em defesa do setor público, no entanto, dada as possibilidades de definições mais amplas e estruturais, se afastaram e criaram alianças com os interesses do capital. Mesmo levantando a mesma bandeira, esses grupos apresentavam clivagens internas e carregavam diferenças em alguns pontos, sobretudo em relação à autonomia ou não frente ao Estado, como por exemplo, o setor hospitalar privado contratado pelo setor público:

Ao setor hospitalar privado contratado (ou contratável) interessava o aumento da receita da Seguridade social e uma estratégia de organização dos serviços que viabilizasse a sua participação nesses recursos, sem subordinação técnica ou administrativa ao poder público. Pelo contrário, ao setor de pré-pagamento interessava a possibilidade de captação direta dos recursos sem a intermediação do Estado, isto é, sem passar pelo “caixa” da Seguridade Social; para tal seria necessário a não compulsoriedade de contribuição para a Seguridade Social e a possibilidade de o Estado transferir a esse setor parte da sua responsabilidade na cobertura da assistência (RODRIGUES NETO, 1997, p.83).

A fase que se seguiu foi marcada por insatisfações e negociações acirradas, além das mobilizações por parte da plenária de saúde, como dos segmentos que representavam o setor privado. A questão central era a “natureza pública ou não dos serviços de saúde, com suas implicações decorrentes sobre o relacionamento entre os setores públicos e o privado” (RODRIGUES NETO, 1997, p.84). O acordo realizado contemplou tanto as pautas do setor privado, ao permitir sua participação nos setores da saúde; como as do movimento da reforma sanitária, exigindo um contrato público para inserção da iniciativa privada no SUS.

Assim, os planos e seguros privados conseguiram garantir seu espaço na assistência à saúde. Isso foi possível mesmo com a estrutura institucional da saúde que viabiliza sua condição de função pública, a partir da definição de suas ações e serviços como sendo de relevância pública, reafirmando as prerrogativas do “Poder Público na sua regulação, fiscalização e controle, independentemente do regime de propriedade do provedor” (FLEURY, 1997, p.36).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a saúde era tida como um sistema público, fruto do ideário de estatização do movimento sanitário, conforme o artigo 196; era

também espaço da iniciativa privada, como afirma o artigo 199 da CF/ 88, ao permitir o setor privado no SUS em caráter complementar, com prioridade para instituições filantrópicas e sem fins lucrativos<sup>19</sup>.

De acordo com Bahia (2005), a convivência de um sistema de saúde universal com a presença de subsistemas privados segmentados, em consonância com os critérios de status sócio ocupacional, é o que diferencia o sistema de saúde brasileiro em relação àqueles que são integralmente orientados pelo mercado ou aqueles que realizam a prestação de serviços com financiamento e instituições públicas. A singularidade brasileira está na interpretação oposta sobre a apropriação das proporções mercado/Estado para justificar a prevalência do mercado nas instituições públicas de saúde.

O sistema de saúde brasileiro, quando apresentado pelos integrantes da gestão pública, é visto como emblema de um processo exitoso de extensão de cidadania. Mas para os representantes dos serviços e empresas privadas de comercialização de planos de saúde, o mesmo sistema é o lócus de um poderoso mercado privado, movido pela dinâmica da estratificação de benefícios. As disputas em torno da subordinação/predomínio do componente público sobre o privado na saúde, sob um enquadramento eminentemente conjuntural, são explicadas pela manutenção dos preceitos gerais de uma legislação social avançada combinada com a inflexão na prática de condução do sistema de seguridade social (BAHIA, 2005, p. 5).

Portanto, apesar dos expressivos avanços normativos na saúde pública brasileira, ocorreu um processo incongruente na garantia desse direito, que legalmente foi instituído, mas sofreu inúmeros obstáculos na tentativa de se materializar. A reforma constitucional irá conviver com o recrudescimento dos ideários conservadores e privatistas, ou seja, um intenso retrocesso institucional no âmbito dos direitos sociais e, especificamente, na política de saúde. A contradição que perpetua esse marco legal e a realidade, nada mais é que fruto das particularidades do Estado brasileiro, sua racionalidade histórica e o seu papel na economia mundial, como veremos a seguir.

### 1.3 A TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA E A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: ENTRE O AVANÇO LEGAL E O RETROCESSO NEOLIBERAL

---

<sup>19</sup> Fica evidente que o aumento do mercado privado de saúde cresceu concomitante com a institucionalização do Sistema Único de Saúde.

Quando se trata de compreender as particularidades da formação sócio-histórica brasileira, é possível concluir que no plano econômico o Brasil sempre esteve submetido ao capitalismo de forma periférica e dependente em relação aos países centrais. Para Fernandes (2006) aqui o capitalismo sempre foi incompleto e tardio, subordinado ao imperialismo e de insuficiente mutação burguesa das estruturas de dominação. No que diz respeito ao plano político e social o Estado sempre esteve a serviço dos interesses específicos e privilégios da burguesia.

Para explicar a formação social do Brasil desde a colônia até os dias atuais, e o processo de adesão do Brasil ao capitalismo, alguns autores como Fernandes (2005), Caio Prado (1972; 2011), Coutinho (2003; 2005); Ianni (1992) utilizaram de categorias como: “modernização conservadora”, “revolução passiva”, “revolução pelo alto”, “transformismo”, entre outras, que consideram o percurso histórico do país<sup>20</sup> até a fase de transição democrática para explicar seu papel na estrutura econômica mundial e o lugar destinado aos trabalhadores no Brasil.

Para Netto (1991) a modernização conservadora constitui-se no projeto econômico, ideológico e cultural da autocracia burguesa no Brasil que representou significativos resultados para o capital nacional e internacional, ao concentrar e centralizar poder em todos os níveis que tinham vínculos com monopólios, industrialização que buscou favorecer a elite nacional e o capital internacional, concentração de propriedade e renda, aprofundando ainda mais as desigualdades no país.

Na mesma direção, Fernandes (2005) aponta a modernização conservadora como uma maturação do capitalismo no Brasil, no qual o Estado sempre manteve seu caráter dependente e antidemocrático, pois não conseguiu romper definitivamente com seu passado, pelo contrário, sempre apostou na cultura da “conciliação” e da cooptação.

De outro modo, a “revolução passiva” e o “transformismo” resultam da exclusão e anulação do vínculo e compromisso com a classe operária e subalterna, rompendo com qualquer possibilidade de emancipação do outro grupo social. “Gramsci fala de ‘transformismo’, isto é, da assimilação pelo bloco no poder das frações rivais das

---

<sup>20</sup> Percurso que compreende: Brasil colônia, Império, República, Estado Novo, Regime Militar (1964) e transição democrática.



próprias classes dominantes ou até mesmo de setores das classes subalternas”<sup>21</sup> (COUTINHO, 2003, p. 205)

De acordo com o autor acima, a “revolução passiva ou revolução pelo alto” foi sustentada por Gramsci para expressar as conciliações entre diferentes segmentos das elites dominantes, sem contar com a participação popular; ainda que opere mudanças em direção ao progresso, prevalece ainda com elementos políticos, econômicos e culturais da velha ordem.

Com a crise econômica estrutural do capitalismo mundial, iniciada nos anos 1970, começa a entrar em crise também o modelo de desenvolvimento da modernização conservadora. Ao mesmo tempo em que possibilitou o fim do regime militar e a institucionalização de alguns direitos na CF/88, as respostas dadas à crise, perpassaram pelas características da estrutura social do Estado brasileiro afetando sobremaneira a materialização desses direitos, inclusive do SUS.

Os elementos constitutivos mais evidentes dessa crise podem ser identificados com a queda da taxa de lucro, levando ao esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, que não conseguiu responder à retração do consumo que se acentuava; hipertrofia da esfera financeira, que já era expressão da própria crise estrutural do capital e seu sistema de produção, constituindo-se em campo prioritário para especulação, na nova fase do processo de internacionalização; na maior concentração de capitais graças às fusões entre empresas monopolistas e oligopolistas; a crise do Welfare State ou do “Estado de bem-estar social”, acarretando a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de reduzir os gastos públicos e transferir seus recursos ao capital privado, levando ao aumento acentuado das privatizações (ANTUNES, 1999, p. 29)

De acordo com Braz e Netto (2007), a crise é constitutiva do capitalismo, e reforçam que não existiu, não existe e nem existirá capitalismo sem crise. Não obstante, Marx (1996) ressalta que após a fase da crise, os ciclos se restauram a partir das fases de depressão, reanimação e auge, que reverte em nova crise, acarretando um novo ciclo.

---

<sup>21</sup> Sobre a discussão da ditadura militar no Brasil, ver: José Paulo Netto, “**Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64** (1991); e sobre “revolução passiva” e o “transformismo”, ver Coutinho: **Contra a corrente: ensaios sobre a democracia e socialismo** (2000) e **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político** (2003).

A natureza desse movimento cíclico de reprodução está intrinsecamente ligada à necessidade de valorização do capital.

A compreensão da acumulação do capital, da sua financeirização e seus mecanismos de valorização, é fundamental para entender a natureza econômica e social da crise atual, mais precisamente, como ela ataca os direitos sociais, entre eles o direito a saúde. Segundo Nakatani e Gomes (2014), a crise pode ser considerada estrutural pela sua profundidade, duração e extensão, e as alternativas colocadas em prática indicam um caminho doloroso para a classe trabalhadora.

Em resposta a esta crise, visando a recuperação do ciclo produtivo do capital foi realizado um processo amplo de reestruturação produtiva, que desregulamentou direitos do trabalho, sociais e políticos, cujo objetivo é fazer o ajuste do Estado, a partir do projeto ideológico e político de dominação, conhecido também como projeto neoliberal.

O Brasil se adaptou ao novo estágio de desenvolvimento do capitalismo e sua transição democrática foi marcada pelos ditames de reestruturação da economia, do trabalho e subordinação do Estado brasileiro ao capital. De acordo com Behring (2003) o país se inseriu de forma passiva e forçada na dinâmica internacional, apresentando uma política econômica regressiva que trouxe fortes prejuízos para a classe trabalhadora, haja vista que sua reforma incidiu em três dimensões: seguridade social, privatizações e flexibilização das condições de trabalho. Nesse sentido, a autora afirma que se trata de uma contrarreforma do Estado<sup>22</sup>. Ainda que essa contrarreforma contenha elementos da racionalidade hegemônica mundial, é fundamental ressaltar que muitas características estão ligadas às particularidades e traços do Estado brasileiro.

No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social, isto é, a polarização da sociedade entre a carência e o privilégio, a exclusão econômica e sociopolítica das camadas populares, e, sob os efeitos do desemprego, a desorganização e a despolitização da sociedade anteriormente organizada em movimentos sociais e populares, aumentando

---

<sup>22</sup> Faz-se necessário apontar que, no campo da saúde, esse conceito assume relevância, no que diz respeito ao movimento pela reforma sanitária e às conquistas que foram instituídas legalmente. No entanto, existe um grande equívoco quanto ao conceito, isto é, dos ideários neoliberais de ajuste do Estado em relação à ampla reforma na política de saúde pública, como se fosse uma continuidade da reforma sanitária; porém, trata-se de uma contrarreforma na política de saúde. Acerca dessa discussão, ver Behring (2003): Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.

o bloqueio à construção da cidadania como criação e garantia de direitos (CHAUÍ, 2000, p. 95).

Para a autora a política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, ao centralizar o espaço privado e privilegiar os interesses dos dominantes. A nova forma do capitalismo favorece o reforço dos privilégios em três dimensões: a) na destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; b) na privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva dos fundos públicos; c) na transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica (CHAUÍ, 2000).

Na relação entre “novos” e “velhos” sujeitos, estes últimos são aqueles que foram se constituindo no processo histórico e decisivo da política de saúde, e nesse contexto foram realizadas escolhas que direcionaram as regras formais, permitindo a coexistência da mudança com a continuidade. A ambivalência do texto constitucional, que ao mesmo tempo afirma a atuação estatal, abre brechas para a assistência privada, refletindo, portanto, alternativas novas com padrões consolidados.

As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários (SOARES, 2010, p.41).

Nesse sentido, os serviços de saúde tornam-se espaço fértil para investimento e ampliação da lucratividade do capital. São diversas as tentativas de transformar a saúde em uma política cada vez mais precária, restrita e focalizada, desmantelando as conquistas democráticas asseguradas nos anos 1980. Nos anos 1990 inicia-se o processo de contrarreforma do Estado e os rebatimentos na política de saúde. Alguns dos mecanismos do receituário neoliberal para ajuste do Estado implicou na abertura para privatização, liberalização de capitais, flexibilização do mercado de trabalho e redução dos direitos sociais (BEHRING, 2003).

O governo de Fernando Collor (1989-1992) foi o primeiro a ocorrer por voto direto e democrático, após o fim do período militar (1964-1984). Embora apresentasse aos brasileiros a possibilidade de representação do novo e do moderno, continuou na

velha perspectiva, atendendo interesses e pautas dos grupos dominantes. No seu mandato, o país passou por reformas estruturais, com programas de privatização e aberturas para o mercado (TEIXEIRA, 1994).

Para o autor acima, o governo Collor iniciou-se com a tentativa de derrotar a inflação “com um único tiro” e terminou fracassado em seus sucessivos planos econômicos, numa vertente claramente liberal, apontando um quadro recessivo mais profundo e generalizado que o do início dos anos 1980. A economia brasileira continuou a conviver com uma conjuntura de grande instabilidade.

A política de estabilização foi evoluindo em um sentido cada vez mais conservador até que, com a mudança da equipe econômica, em maio de 1991, ganhou consistência e coerência ortodoxas. O que não mudou, neste intervalo, foi a estratégia neoliberal, que presidiu as ações do governo no plano econômico (TEIXEIRA, 1994, p. 172).

Nos dois anos de governo Collor não houve nenhuma ação mais efetiva para resolver o problema do endividamento, as suas proposições inibiam qualquer tipo de ação política, tanto da oposição, quanto aqueles que o apoiavam. A reforma econômica seria imposta à sociedade, mesmo que para isso fosse necessário ignorar as leis do país e abusar da utilização das medidas provisórias, que daria ao plano sua operacionalidade jurídica. O governo Collor foi olímpico e arrogante, tratou com desdém os políticos e as instituições, desconsiderou os interesses sociais, “orgulhoso de sua solidão política e convencido da racionalidade intrínseca de suas medidas econômicas” (NOGUEIRA, 1998, p. 131).

Mesmo com sua saída, após o impeachment, as reformas estruturais do seu governo foram o início do processo de contrarreforma neoliberal (BEHRING, 2008). Na saúde, tentaram forjar o marco legal constitucional, não regulamentaram a descentralização e a participação social, reduziram os recursos destinados à saúde e adiaram a 9ª Conferência Nacional de Saúde, incentivando e valorizando o mercado privado de saúde.

Além disso, houve um refluxo no debate da reforma sanitária nos documentos oficiais e por parte dos movimentos sociais. Para Paim (2008) o recuo desses movimentos indicava retrocesso e um espaço de prática política mais fechada, na qual quem determinava as regras do jogo na implantação do SUS eram aqueles grupos de negociações pouco transparentes.

O autor reforça que, apesar desse recuo, houve resistências que possibilitaram alcançar alguns ganhos. A 9ª Conferência Nacional de Saúde, após diversos adiamentos, foi marcada para junho de 1991 no mesmo período em que foram elaboradas constituições estaduais, as leis orgânicas dos municípios, bem como a regulamentação da política de saúde.

Com a queda de Collor, em 1992, Itamar Franco assume o governo, nesse cenário complexo quanto às respostas do Estado em nível econômico, institucional e social. No campo da saúde, continuaram a inviabilizar a reforma sanitária, frente ao enfraquecimento do movimento pela reforma naquele período. Concomitantemente, ganha força o movimento municipalista (gestores municipais), cuja entidade representativa é o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). “Esse fato é revelador da perda de espaço dos segmentos mais críticos e contestadores dentro do movimento” (SOARES, 2010, p. 45).

Uma das ações do governo para a descentralização da política de saúde foi a criação da NOB/1993, com apoio do CONASEMS. Entretanto, essa NOB não correspondeu aos princípios essenciais da reforma sanitária e o modelo de atenção à saúde continuou centrado numa racionalidade fragmentada e insuficiente para responder às demandas.

Esta Norma estabeleceu diferentes condições de gestão (incipiente, parcial e semi-plena) para permitir a transição de uma situação em que os municípios eram tratados como meros prestadores de serviços para uma fase de municipalização plena prevista pela legislação. Embora avançasse no sentido da descentralização e da participação da comunidade, pois o funcionamento de conselhos de saúde era um dos requisitos para o repasse de recursos, a NOB- 93 permaneceu ainda distante do marco legal, pois não valorizou a integralidade nem investiu no redirecionamento do modelo de atenção (PAIM, 2007, p. 165).

Segundo o autor, o ‘sistema’ até então vigente encontrava-se em uma crise: insuficiente, descoordenado, mal distribuído e inadequado. Foi nesse governo que parte dos recursos destinados à saúde foi retido pelo Ministério da Previdência Social, apoiado pelo Ministério da Fazenda, com pendências jurídicas, sonegação e adiamento do pagamento da Contribuição Financeira para a Seguridade Social (COFINS), pelos empresários. Enfim, era o “recrudescimento da ‘operação descrédito’ capitaneada pelo próprio governo por intermédio da área econômica” (PAIM, 2007, p. 166).

O governo de Itamar Franco (1992-1993) deu sequência aos ajustes estruturais e à contrarreforma do Estado, estreitando sua relação com o mercado privado de saúde. Tornava-se ainda mais explícito os projetos e os interesses de determinados grupos, sobretudo aqueles que defendiam a privatização e a focalização do sistema de saúde. Havia, assim, fundamentalmente, dois projetos em disputa: o da reforma sanitária, construído nos anos 1980 e inserido na CF/88 e o projeto privatista, articulado ao mercado e hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2006).

Todavia, apesar dos inúmeros retrocessos na saúde, tiveram alguns avanços que foram fruto dos tensionamentos e resistências- ainda que enfraquecidos-do movimento sanitário, como por exemplo, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), extinção do INAMPS, discussão sobre a reforma psiquiátrica, entre outros (PAIM, 2007).

Os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), (1994-1997/ 1998-2002) segundo o autor acima, pode ser considerado uma continuidade dos governos Itamar e Collor, foi mais ofensivo no que concerne a contrarreforma do Estado. A reforma política, econômica e gerencial do Estado, realizada através do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), tinha como objetivo implementar propostas que dessem sustentação a administração empresarial do setor público, de caráter gerencialista, trazendo à tona as novas modalidades de gestão da saúde terceirizada.

O discurso da equipe econômica do governo federal à época, como se sabe, afirmava que a ordem social consagrada em 1988 é perdulária/ paternalista e amplia o déficit público. Na verdade, observa-se que o crescimento do déficit está relacionado ao endividamento instaurado, com a justificativa de cobrir déficits seguidos da balança comercial, que, por sua vez, tem relação com a abertura precipitada e irresponsável da economia. A dívida cresce em ritmo acelerado em função das altas taxas de juros mantidas para atrair o capital financeiro (BEHRING, 2008, p.162).

A crise fiscal do Estado, qualificado como patrimonialista e clientelista, bem como as críticas à falta de governabilidade e credibilidade, se transforma em argumento para justificar a ineficiência da máquina estatal, a submissão do Estado ao modelo gerencialista, fundado nas regras do mercado, da competição, da concorrência, da relação custo/benefício, da lucratividade, da redução dos custos, produção voltada ao consumo, baseado em uma concepção de empreendedorismo, flexibilidade, máxima eficiência e competitividade (SOUZA, 2013).

Não obstante, Soares (2010) aponta que a contrarreforma na seguridade social era expressa a partir do discurso que colocava a existência de um déficit na previdência social, indicando a necessidade de uma contrarreforma ampla e explícita nessa política; refilantropização da assistência social ao instituir o Programa Comunidade Solidária; precarização da saúde, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema.

O movimento sanitário dava sinais da sua perda de organicidade política com o projeto da reforma sanitária, crescendo a importância do CONASS e do CONASEMS, a plenária nacional de saúde que representava um espaço de possibilidades para o exercício da contra-hegemonia foi substituída pela plenária nacional dos conselhos de saúde. Quando um movimento se reduz ao sistema de um Estado patrimonialista e cartorial, como o brasileiro, o espaço de crítica fica comprometido, evidenciando a seletividade estrutural do Estado capitalista (PAIM, 2007).

Obviamente que, para um sujeito coletivo que tanto lutou na trincheira legislativo-parlamentar para imprimir na Constituição o direito à saúde, para ver sancionada a Lei Orgânica da Saúde e, nos anos seguintes, para impedir o desmonte desse arcabouço legal pelos governos que apostaram em políticas neoliberais, torna-se compreensível a adoção de um discurso jurídico legalista. Mas esta não parece ser a questão central. O problema maior pode ser o de abrir mão da sua dimensão instituinte, resignando-se com o instituído e reduzindo uma reforma social do porte da RBS (Reforma Sanitária Brasileira) a uma mera questão administrativa de financiamento e gestão (PAIM, 2007, p.179).

Nessa direção, a materialização do SUS, em consonância com sua definição legal (CF/88, 8080, 8142/90) para grande parte do movimento sanitário, deixa de ser cada vez mais espaço político estratégico que visa atender os interesses dos trabalhadores e a possibilidade de organização em defesa de outro projeto de sociedade, concebendo a saúde no âmbito das 'possibilidades', o SUS possível diante do ajuste neoliberal (SOARES, 2010).

A contrarreforma do Plano Bresser ainda intensificou a saúde como serviço de gestão e de execução não exclusiva do Estado, ampliou as parcerias público- privadas, as terceirizações, mediando a compra e venda de serviços de saúde. A NOB 01/1996, por exemplo, criou os mecanismos de reorganização da atenção básica, introduzindo os pisos de financiamento. Os municípios ficaram responsáveis pela atenção básica, mas os procedimentos de média e alta complexidade ficaram sob o controle do setor

privado, sobretudo, os mais lucrativos. A proposta defendida por Bresser Pereira contemplava uma descentralização radical e imediata, a partir da *Gestão Plena da Atenção Básica* e a *Gestão Plena do Sistema Municipal*, transferindo aos municípios a responsabilidade pela saúde de sua população (RIZZOTTO, 2000).

Segundo documento do Ministério da Saúde, as características básicas para a reforma do sistema de saúde, seriam:

- 1) clara separação entre demanda de serviços de saúde, constituída por um Sistema Nacional de Demanda de Serviços de Saúde, abrangendo as esferas federal, estadual e municipal, e oferta de serviços de saúde, constituída pelos hospitais públicos estatais (de caráter federal, estadual ou municipal), os hospitais públicos não-estatais (hospitais públicos filantrópicos como as Santas Casas e as Beneficências), hospitais privados;
- 2) aprofundamento da atual política do Ministério da Saúde, de descentralização e municipalização, de forma que a responsabilidade direta pela saúde dos residentes em cada município seja do Conselho Municipal de Saúde e do Prefeito;
- 3) aproveitamento de todas as economias realizadas pelos municípios na assistência médica para utilização adicional nas ações de medicina sanitária (BRASIL, 1995).

O objetivo da reforma do sistema hospitalar era criar um Sistema Nacional de Demanda, com uma secretaria em nível federal, subsecretarias em cada estado da federação e uma subsecretaria em cada município, a depender do seu tamanho. Em nível federal, o sistema contaria com uma parte do orçamento da União para o SUS e em nível estadual e municipal, o Sistema de Demanda contaria com uma suplementação orçamentária atribuída pelas respectivas assembleias legislativas e câmaras municipais (PEREIRA, 1995).

Para resolver o problema da demanda por serviços hospitalares, era recomendada a prática de consórcios intermunicipais e interestaduais, além de indicar que “os hospitais públicos deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou sejam, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal” (PEREIRA, 1995, p. 9).

Quanto ao processo de reforma e redefinição do papel do Estado no campo da saúde:

o setor público ficaria com a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção primária à saúde e, a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem



fins lucrativos e hospitais públicos, transformados em organizações sociais ou em algo semelhante, disputariam a prestação de serviços de atenção terciária, que em parte e por algum tempo continuariam sendo compradas pelo Estado, mas que aos poucos, a atuação deste tenderia a ficar restrita a formulação de políticas, a regulamentação e a avaliação dos sistemas, contribuindo com a oferta dos serviços que não são do interesse do mercado, ou que se constituem em “bens públicos” ou contenham “grandes externalidades” (RIZZOTTO, 2000, p. 209).

Segundo a autora, a NOB de 1996, contempla em alguma medida os princípios da contrarreforma do Estado idealizado pelo MARE, além das propostas expressas nos documentos do Banco Mundial: responsabilização do poder público municipal, com medidas propostas para reordenar o modelo de atenção à saúde, no qual os estados e municípios superem o papel de prestadores de serviços e assumam papel de gestores (afinal, essa medida dá condições para a contratação de serviços privados). Essas ações expressam a redefinição do papel do Estado no campo da saúde e sua perspectiva gerencial no serviço público.

É no governo de FHC que o Banco Mundial ganhou espaço na participação e financiamento de programas sociais, onde diversos Programas (Saúde da Família, Vigilância Sanitária, REFORsus) foram objeto de financiamento e convênio entre o Ministério da Saúde e o BM. Na década de 1990, ele foi responsável pelos fundamentos que legitimaram o ajuste estrutural, isto é, “uma instituição estratégica de produção e reprodução da racionalidade da contrarreforma dos Estados a nível mundial” (SOARES, 2010, p. 51).

Para a autora, se por um lado identificam-se avanços positivos, como por exemplo, o aumento da expectativa de vida, a diminuição da mortalidade infantil, aumento e consolidação do Programa Nacional de DST e Aids, por outro, deparava-se com obstáculos para acesso ao SUS, como o aumento do tempo de espera para atendimento, unidades de saúde precárias devido a ausência de equipamentos, medicamentos e profissionais, dificuldade de acesso ao saneamento básico e habitação. Quanto mais a saúde pública é precarizada mais cresce o mercado de serviços privados.

Não por acaso, são criadas as Agências Reguladoras na área da saúde, justificadas pelo governo FHC como resultado da necessidade de regular atividades produtivas de interesse público mediante o estímulo à competição e inovação. Com essa

perspectiva, foram criadas a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>23</sup>.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) foi criada também com a Reforma Gerencial de Bresser Pereira e estabelece as normas em relação às finanças públicas e as responsabilidades na gestão fiscal através de alguns mecanismos: controle dos gastos públicos, fiscalização, transparência, planejamento (Plano Plurianual-PPA), acompanhado por duas leis: a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que norteia o orçamento, controlando as metas fiscais e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que controla a execução fiscal. Segundo Salvador (2010), a LRF é um dos instrumentos importantes para permitir a apropriação financeira do orçamento brasileiro pelo capital, na medida em que limita as despesas não financeiras do orçamento e prioriza o pagamento de juros.

O desenho atual da política de saúde é semelhante às propostas de Bresser Pereira, que aparentemente se coloca em acordo com os princípios da reforma sanitária, quando, na realidade, os recusa substancialmente. Sua reforma facilitou o processo privatizante e a manutenção de práticas corporativistas; na medida em que reduz o gasto com pessoal e coloca como saída a terceirização. A lógica estatal e pública da reforma sanitária vai sendo substituída por mecanismos privatizantes: fundações estatais de direito privado, terceirizações, OSs.

Para Soares (2010) existe um tensionamento entre a menção aos princípios da reforma sanitária e o conteúdo da contrarreforma que é apresentado como se fosse uma normatização homogênea, e esse tensionamento expressa o embate dos projetos e suas respectivas racionalidades na concretização do sistema. A autora reforça que a racionalidade hegemônica no SUS é a da contrarreforma, que nada mais é que a reatualização da racionalidade instrumental histórica do Estado brasileiro, que agrega conteúdo do projeto neoliberal, do pós-modernismo e reconfigura a razão formal abstrata.

---

<sup>23</sup> A ANS foi criada em janeiro de 2000, através da Lei Federal nº 9.961 e passa ser responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar. A ANVISA foi criada em janeiro de 1999 e estabeleceu um contrato de gestão com o Ministério da Saúde, se responsabilizando pelo “controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados” (BRASIL, 1999).

Com a eleição de Lula da Silva (2002) esperava-se uma modificação no cenário nacional. Ela representou um anseio de mudanças por parte das massas populares, bem como daqueles que constituíram o movimento de luta pela Reforma Sanitária. No entanto, verificou-se em seu governo, a retomada e manutenção da adoção de políticas neoliberais, dando continuidade ao governo de FHC.

Do ponto de vista das ações e práticas do governo Lula, também não se consegue constatar nenhuma alteração com relação às situações anteriores. O processo político-institucional e partidário, continuou seguindo a longa tradição histórica brasileira, qual seja: estatização dos partidos no poder, cooptação fisiológica para formação de maiorias, patrimonialismo e esvaziamento das instâncias parlamentares, com o fortalecimento das agências governamentais executivas (FILGUEIRAS, 2010, p. 52).

O governo Lula não rompeu sua aliança com os setores conservadores, como também não criou mecanismos para fortalecer uma saúde pública, universal e integral. Ao contrário disso, contribuiu para o desenvolvimento de políticas cada vez mais focalizadas e compensatórias, reforçando a perspectiva da privatização e da lógica lucrativa, favorecendo cada vez mais a hegemonia do setor privado. Nesse sentido, Druck e Filgueiras (2007), afirmam que o governo Lula contrariou a origem e história do Partido dos Trabalhadores (PT), negou as principais lutas dos trabalhadores brasileiros, no discurso e na prática fez a defesa da 'via única' para a sociedade brasileira, isto é, adaptou-se à ordem econômica mundial, ou melhor: à ordem do capital financeiro internacional.

Combinam-se perfeitamente a flexibilização e precarização do trabalho e as políticas focalizadas e flexíveis de combate à pobreza. Ambas regidas pela mesma lógica, qual seja, do curto prazo, do imediatismo inconseqüente, de intervenções pontuais e precárias que, para não se contrapor 'à ordem econômica neoliberal' e às determinações do Banco Mundial, subordinam-se ao reino da volatilidade, sem mudar e intervir sobre as causas estruturais dos problemas fundamentais da sociedade brasileira (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007, p. 32).

De acordo com Magalhães (2010), o governo Lula, em seu primeiro mandato (2003-2006), não buscou romper com o ideário neoliberal, reforçando a política econômica de seu antecessor. Em seu segundo mandato (2007-2010), teve como objetivo instituir uma nova política econômica, que teve centralidade no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e, apostou muito no setor de infraestrutura, quando na verdade, o que determina o desenvolvimento são investimentos produtivos, e nesse, não houve muito investimento.

Por outro lado, verificou-se a ampliação do crédito, o aumento do salário mínimo, ampliação dos programas de transferência de renda, que fez com que o país crescesse 4,1% ao ano entre 2003 e 2010. Esse cenário só foi possível em virtude da conjuntura internacional favorável, marcada pela liquidez financeira internacional, com baixas taxas de juros nos países centrais, gerando um bônus macroeconômico, permitindo a expansão interna e redução da pobreza extrema no país (PINTO, 2015).

Para Lesbaupin (2004), o governo aderiu aos projetos da agenda neoliberal, inclusive com a ‘compra’ de votos de parlamentares com emendas. Em pouco tempo realizou a reforma da previdência, a reforma tributária, liberou o plantio de transgênicos, aprovou a Lei das falências além do projeto das parcerias público-privadas. Lula aprovou a política econômica neoliberal sem nenhuma hesitação, desmontando toda a construção de um partido de massas e democrático, que levava em conta os interesses da maioria explorada. Após assumir o governo, fez alianças com figuras como Maluf, Sarney, Roberto Jefferson, deixando de defender os trabalhadores para privilegiar os interesses dos banqueiros, da elite brasileira e do capital financeiro internacional.

O movimento pela reforma sanitária já apresentava um processo de fragmentação e rompimento; no governo Lula ocorre o transformismo<sup>24</sup> de um grande número de lideranças dos trabalhadores, inclusive, as do movimento sanitário. Estes passam a defender e formular a contrarreforma, a partir da concepção da racionalidade hegemônica no sistema. Nesse cenário político e histórico, três grandes projetos se formam em torno da saúde: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da reforma sanitária.

O projeto do SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (SOARES, 2010, p. 16)

---

<sup>24</sup> “A circunstância decisiva para o transformismo foi a ascensão político- ideológica do neoliberalismo nos países capitalistas e a derrota do chamado “socialismo real” - em que pese o PT ter nascido criticando essa experiência. O transformismo político, individual e/ou de grupos, se caracteriza pela incorporação, pelas forças contra hegemônicas, do ideário político da ordem - passando a defendê-lo e a operacionalizá-lo na prática (...). Mas o transformismo político é acompanhado, necessariamente, pelo transformismo ideológico, ético e operacional” (FILGUEIRAS, 2015, p. 14).

No âmbito da saúde, Bravo (2008) aponta alguns aspectos de inovação desse governo, no que diz respeito à concepção de Reforma Sanitária, que foi totalmente abandonada nos anos 1990: a inserção de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar os quadros do Ministério da Saúde, a criação de quatro secretarias, a convocação extraordinária da 12<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde<sup>25</sup>, a escolha de um representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a criação das Secretarias de Gestão de Trabalho em Saúde, de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa.

Em outra direção, a autora aponta aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 1990, que se efetiva de forma precarizada, focalizada e terceirizada. Além disso, prevalece o subfinanciamento da saúde, com desvios de recursos via DRU (Desvinculação de Receitas da União), o orçamento da seguridade social utilizado para custear as contas públicas.

Apresenta como exemplo de ação focalizante a centralidade do programa PSF (Programa Saúde da Família), que não se transformou em estratégia de reorganização da atenção básica, apenas buscou atender as famílias carentes, sem levar em conta os princípios da universalidade e da integralidade, haja vista que não articulava a atenção básica com os outros níveis de assistência. No âmbito da precarização e terceirização, não foram contratados trabalhadores de saúde, cujas categorias não haviam sido regulamentadas (BRAVO, 2008).

As questões centrais do SUS não estavam sendo enfrentadas, como a universalização das ações, financiamento efetivo, a política de recursos humanos, a defesa da seguridade social, entre outros.

A seguridade social que compreende a saúde, previdência e assistência, numa perspectiva universalista, perdeu essa característica com a reforma da previdência, que buscou legitimar a mercantilização, por meio dos fundos de pensão, fortalecendo o capital financeiro e abrindo portas para a privatização da saúde. Segundo Marques e Mendes (2007), a reforma da previdência, a não valorização do salário mínimo, o

---

<sup>25</sup> A 12<sup>o</sup> CNS teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma, foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços (BRAVO, 2008, p. 103).

aumento do desemprego, só ocorreu de forma tão fácil, pelo fato das massas não terem como se expressar, pois, suas formas tradicionais de organização estavam, pela mão de suas direções, a serviço do governo.

Nesse sentido, fica evidente que não houve alteração fundamental nos dois mandatos do governo Lula, que o tornasse representante legítimo dos trabalhadores. Para Singer (2009), Lula se transformou num fenômeno político novo, denominado por ele de *lulismo*. O ex presidente foi reeleito a partir da consagração popular, contando com o apoio dos pobres, sobretudo aqueles de baixíssima renda. A eleição no Brasil ficou dividida entre ricos e pobres, expressando uma disputa socialmente polarizada: “A polarização social do pleito deu-se pela implantação de Lula entre os eleitores de baixíssima renda, visível desde o primeiro turno, assim como a de Alckmin, entre os eleitores de renda mais alta” (SINGER, 2009, p. 86). Para o autor, a explicação da raiz de formação do lulismo estaria em uma nova configuração ideológica, que mistura elementos da esquerda e da direita, bem como o discurso e a prática que unem manutenção da estabilidade e a ação distributiva do Estado.

Com a vitória de Dilma (2011-2014), muitos questionaram quais seriam as linhas gerais do seu governo. Alguns temas foram centrais após a vitória petista: política econômica, relações exteriores, a postura diante de temas polêmicos como a legalização do aborto e a regulação social do monopólio dos meios de comunicação. Já de início, algumas ações do governo trouxeram preocupações, como os cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como a abertura do capital da Infraero, a privatização dos aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal (MEDEIROS, 2011).

Não obstante, explica o autor, como ocorreu nos oito anos do governo Lula, a maior parte do Orçamento da União será destinado ao pagamento da dívida pública. O intuito dos R\$ 678,5 bilhões fossem destinados a pagar os juros e a amortização. Este valor representa mais de um terço do total do orçamento que chegara a R\$ 2,07 trilhões, no ano de 2012, além da previsão de cortes de até R\$ 60 bilhões, equivalente a todos os gastos do Ministério da Saúde. As medidas apontaram um governo ainda mais privatista e comprometido com o modelo econômico neoliberal.

Segundo Singer (2015) o governo Dilma Rousseff em sua política anticíclica buscou adotar algumas medidas: redução dos juros, uso intensivo do BNDES, aposta na reindustrialização, desonerações, plano para infraestrutura, reforma do setor elétrico, desvalorização do real, controle de capitais e proteção ao produto nacional. Entretanto, a presidente fez o contrário do prometido, com a justificativa de “buscar soluções mais adequadas ao atual momento” em razão da duração da crise mundial. Dilma foi obrigada a recuar e se recompôs com a burguesia interna brasileira.

O governo Dilma (2013) suscitou uma crescente insatisfação de diversos grupos sociais. Manifestações de estudantes e trabalhadores em protesto contra a elevação dos preços das passagens de ônibus em várias cidades do Brasil; fóruns populares em todo país discutiam o cenário da saúde pública e se mobilizaram contra o processo de privatização; trabalhadores da construção civil reagiam contra o trabalho superexplorado e a semiescravidão impostos pelas empreiteiras (Odebrecht, OAS, Camargo Corrêa, Queiroz Galvão, Mendes Junior) e nas obras do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para as mãos do grande capital (COSTA, 2011).

Ao mesmo tempo que a presidente Dilma aponta a saúde como grande prioridade do seu governo e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, ela afirma que irá estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde. A Folha de São Paulo, em março de 2013, publicou um artigo de três professores universitários de saúde pública que já alertavam para as medidas de privatização do governo: “O desmonte final do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo negociado a portas fechadas, em encontros da presidente Dilma Rousseff com donos de planos de saúde, entre eles financiadores da campanha presidencial de 2010 e sócios do capital estrangeiro, que acaba de atracar faminto nesse mercado nacional” (BAHIA; PORTELA; SCHEFFER; 2013, online).

De acordo com Gentil e Hermann (2015) no triênio 2011-13 a expansão dos gastos com saúde torna-se progressivamente menor, vindo a se recuperar apenas no último ano do governo, o que poderia ser justificado devido as manifestações populares que tomaram as ruas em meados de 2013, no qual a população denunciou o sucateamento das políticas sociais.

Esse nível dos gastos públicos com saúde, bem menos expressivo que o recomendável para um sistema de caráter universal, é também reflexo da opção do Governo Dilma por políticas sociais mais focadas, de menor custo, aliadas à implementação de leis e mecanismos de incentivo que visam reduzir a atuação do Estado e ampliar a participação da iniciativa privada. O avanço do processo de privatização na oferta de serviços de saúde envolve desde estímulos (tributários, principalmente) às empresas privadas do setor e à proliferação dos seguros de saúde privados até mecanismos que colocam o patrimônio público a serviço do setor privado (GENTIL; HERMANN, 2015, p. 9)

Nessa direção, Bravo e Menezes (2011) ao realizarem uma análise da política de saúde nos últimos governos, identificam a persistência de inúmeras dificuldades em relação ao sistema, como:

- a) A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado;
- b) A falta de viabilização da concepção de Seguridade Social;
- c) O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado;
- d) A desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde, com a não concretização da universalidade;
- e) O desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade;
- f) Os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais;
- g) Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais;
- h) Modelo de atenção à saúde centrado na doença;
- i) Modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais;
- j) O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas;
- k) A precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 22).

Esse modelo de atenção que prioriza o crescimento do setor privado de saúde altera os princípios do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, desmonta a perspectiva de saúde universal e amplia o modelo de saúde baseado em ações individuais, hospitalocêntricas e programas assistenciais focalizados. Além disso, a adoção desse modelo de gestão público/privado representa uma estratégia mundial de maximização do capital, seguida por diversos países da América Latina, frente as tendências de



supercapitalização<sup>26</sup> (SOARES, 2012). É a racionalidade da contrarreforma se materializando na política de saúde.

Como se não fosse suficiente todos os retrocessos e ataques contra as políticas sociais e os trabalhadores nesses períodos de governo, após o impeachment da presidente Dilma em 2016, quem assume o governo é seu vice Michel Temer (PMDB). E 2016 ficou marcado como o ano do golpe na história do Brasil. Num curto espaço de tempo a democracia e os direitos sociais foram atacados de forma bárbara. Com o cenário de crise econômica, o capital exigiu duras medidas para sustentar sua rentabilidade e, para isso, apostou em reduzir os investimentos públicos (visto pelo governo como gastos), as reformas da Previdência e trabalhista, além da criminalização das lutas populares.

A PEC 55<sup>27</sup>, conhecida também como PEC do “Fim do Mundo”, prevê o congelamento dos gastos sociais por 20 anos, desestruturando o financiamento das políticas sociais, desvinculando receitas destinadas à Educação e à Seguridade Social para corrigir a inflação. Segundo Boulos (2017) a esse programa ultraliberal soma-se ainda um recrudescimento do conservadorismo político que indica retrocesso em diversas pautas dos movimentos negros, feministas, LGBTTs, representando uma verdadeira “desconstituente”, ferindo fortemente a CF/88. Na mesma direção, no caso da saúde é possível prever um colapso de curto prazo, pois, estamos em meio a um choque entre redução da oferta de serviços e aumento da demanda, denominada pelo autor como tempestade perfeita.

Com a recessão e o desemprego, uma média de 1,7 milhões de brasileiros deixaram seus planos de saúde privados (entre final de 2015 e meados de 2016) e retornaram

---

<sup>26</sup> Ernest Mandel (1982) aponta o fenômeno da supercapitalização como central para expansão do setor de serviços, pois, tal conceito diz respeito à realocação dos excedentes de capital que não tinham possibilidade de ser investidos nos setores de serviços. Na mesma direção Behring (2015, p. 45) reforça que ocorre uma tendência à industrialização generalizada universal, penetrando todos os setores da vida social. A industrialização na esfera da reprodução é o ápice desse movimento, que representa o processo de supercapitalização. As dificuldades crescentes de valorização do capital alavancam a penetração deste em investimentos que não produzem necessariamente mais-valia de forma direta, mas fazem aumentar a massa de mais-valia em algumas circunstâncias. A supercapitalização, processo no qual uma forte liquidez de capital se faz acompanhar da sua penetração e/ ou busca de nichos de valorização, é o fundamento dos processos atuais de “invenção” de novas necessidades, industrialização das esferas do lazer, da cultura e até da seguridade social, bem como dos processos de privatização de setores produtivos antes assumidos pelo Estado.

<sup>27</sup> A PEC 55(241 na Câmara dos Deputados) foi aprovada pelos senadores em dezembro de 2016 sendo prioridade do governo de Michel Temer que colocou a proposta como solução para o suposto descontrole nas contas públicas.

ao SUS, exatamente quando a política de ajuste é aprofundada com a PEC e reduzido os recursos para investimento. O autor reforça: não há régua para medir o retrocesso (BOULOS, 2017). Trata-se de um duro golpe na proteção social brasileira e expressa um período marcado por instabilidade política, econômica e social.

#### 1.4 APROPRIAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO PARA FINANCIAMENTO DO CAPITAL E OS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Compreender a composição e condução das políticas sociais brasileiras, especificamente aqui, da política de saúde, é uma tarefa complexa, sobretudo se levar em conta as especificidades do capitalismo no Brasil, que se caracteriza pela montagem inacabada dos direitos sociais, exploração e precarização do trabalho, repressão aos movimentos sociais, exigindo um estudo crítico e histórico da sua constituição. Apreender também o entendimento das políticas sociais e do fundo público é fundamental para investigar a incidência do processo de financeirização nos âmbitos da vida social.

As políticas sociais vêm sofrendo um intenso processo de desmonte, principalmente as de caráter mais universais, oportunas para apropriação privada de parte do fundo público para beneficiar os donos do capital que porta juros e seus rentismos. A transferência progressiva dos recursos sociais para a esfera financeira e repasse desses recursos do fundo público para pagamento da dívida pública são alguns dos mecanismos estratégicos para intensificar esse desmonte (BEHRING, 2010).

O Brasil ao seguir os ditames da política neoliberal, subordina os interesses da maioria da população aos da financeirização da economia nacional, cada vez mais dependente das determinações dos países do capitalismo central e de suas agências multilaterais. Não obstante, mantém e aprofunda sua política macroeconômica a partir das metas de inflação, como único objetivo da política monetária; ajuste fiscal permanente e regime de câmbio flutuante com forte resultado na apreciação cambial (FILGUEIRAS; GONÇALVES, 2007).

A política econômica ao privilegiar a lógica financeira é dominada por ela nas dimensões política, econômica e social. Exemplo disso são os recursos destinados aos trabalhadores e à seguridade social que se transformam em alvo de mudanças,

ajustes e contrarreformas, destruindo total ou parcialmente as conquistas da classe trabalhadora. Neste contexto, a reconfiguração da política de saúde atualmente perpassa pela sede de lucratividade do capital, que para beneficiar grandes empresas e investimentos privados, apostam na focalização e seletividade, isto é, criam critérios restritivos que dificultam a ampliação do acesso à política, a partir de medidas residuais e excludentes, destituindo a condição de direito nos atendimentos.

Não é novidade o aumento das filas de espera no SUS, a drástica limitação de pessoal e as precarizações no trabalho, ausência de equipamentos e materiais, além da tendência à privatização que amplia a atuação da iniciativa privada nos serviços públicos, reforçando a falsa tese de que o setor público é incompetente no gerenciamento de seus serviços. No entanto, o fato desses inúmeros obstáculos se avolumarem está fortemente relacionado ao financiamento do SUS.

Segundo Júnior e Mendes (2015) a intensificação recente do subfinanciamento do SUS atingiu proporções elevadas no contexto do capitalismo contemporâneo de dominância financeira e, atualmente, o governo federal tem apostado em medidas que prejudicam ainda mais o seu subfinanciamento histórico. Uma delas refere-se à aprovação da lei 13.097/2015 que permite a participação direta e indireta do capital estrangeiro na saúde e a segunda diz respeito à Emenda Constitucional nº 86/ 2015 que modifica a base de cálculo do financiamento federal da saúde.

Com a EC 86, entraria em vigência uma nova regra de cálculo de aplicação mínima (13,2% da Receita Corrente Líquida) que aponta para uma diminuição dos valores a serem aplicados em ações e serviços públicos, agravando ainda mais o quadro de subfinanciamento do SUS para a União, Distrito Federal, Estados e Municípios. Para Funcia (2015) se for mantida a lógica da “aplicação máxima corresponde à aplicação mínima legal”, os recursos orçamentários serão insuficientes, haja vista que parte da despesa de 2014 já onerou o orçamento de 2015, além dos valores da execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais estarem além da média verificada entre 2009 a 2013.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup>A execução orçamentária obrigatória das despesas com emendas parlamentares individuais varia entre R\$ 4,10 bilhões e R\$ 5,15 bilhões no período 2015 a 2017, o que representa um acréscimo estimado entre R\$ 3,10 bilhões e R\$ 4,15 bilhões. Nessa perspectiva, esse acréscimo representa uma perda de financiamento do SUS, pois será preciso realocar recursos dentro de uma programação orçamentária que já está insuficiente.

Em suma, o financiamento da saúde envolve um duplo movimento na trajetória de desenvolvimento do SUS: por um lado, assume o papel de legitimador de direitos, do outro, fortalece uma política ortodoxa amparada por remunerações ao capital especulativo com pagamento de juros e encargos da dívida pública (JÚNIOR, MENDES, 2015). Os autores reforçam que para realizar análise do financiamento da saúde é preciso compreender os fatores conjunturais da economia, a dinâmica dos recursos destinados à saúde e a contextualização desse cenário imerso na contradição.

Portanto, a participação do Estado neste processo é primordial. Um dos pilares da sua reforma gerencial é o ajuste dos gastos públicos e sua função de grande comprador de produtos industriais e serviços privados. Na perspectiva neoliberal as políticas sociais são vistas como a razão de excesso de gastos do Estado, refletindo um Estado ineficiente economicamente e burocrático. É a tendência de instrumentalização da racionalidade para atender os interesses burgueses. As propostas de ajustes e reformas disseminam o discurso de retomada e equilíbrio do crescimento econômico, quando na verdade se constitui como estratégia para privilegiar o grande capital (SALVADOR, 2012).

Para o autor acima, o fundo público envolve toda capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, através de empresas públicas, pelo uso de suas políticas monetária e fiscal, bem como pelo orçamento público. O orçamento público é a expressão mais visível do fundo público e não se constitui apenas enquanto peça técnica, formal e instrumento de planejamento, mas, reflete a correlação de forças sociais e políticas na apropriação dos recursos públicos.

O capital em seu processo de desregulamentação tem apostado em mecanismos do mercado para recuperar o equilíbrio, como a redução do déficit fiscal e do gasto público, a partir de uma clara política de privatização, como se a saída dessa crise estivesse condicionada à regulação. Como apontou Behring (2010) a crise não é uma disfunção ou problema de regulação, mas é parte constitutiva do movimento contraditório do capital, que por sinal, vem mostrando sua dinâmica e seu esgotamento desde os anos 1970.

De acordo com Chesnais (1996), as transformações societárias advindas da crise cíclica do capital, ocorrida ao final dos anos 1970, se expressaram, dentre outras

mudanças, na mundialização do capital, na financeirização da economia, no aumento do desemprego e na redução do *Welfare State* nos países centrais. Assim, o projeto neoliberal defende a redução das funções do Estado, como saída para a crise.

O Estado nessa relação exerce uma função ativa ao mobilizar recursos para a política macroeconômica que, através das empresas públicas, são aplicadas em políticas fiscais e monetárias. Uma das formas para constituir o fundo público é por meio de impostos, taxas e contribuições, que segundo Behring (2010) é parte do trabalho excedente que se transformou em lucro e juros apropriados pelo Estado para desempenhar múltiplas funções.

Nesta conjuntura, prevalece a subordinação dos direitos sociais à lógica do mercado, com ênfase na privatização das políticas sociais, sobretudo por meio da mercantilização, na qual os serviços sociais quando lucrativos se transformam em mercadorias e são vendidas aos consumidores, como forma de apropriação da mais-valia do trabalhador. Outra medida neoliberal é a refilantropização, em que ampla parcela da população fica sem cobertura da assistência estatal (precária e focalizada), além de não terem condições de acessar os serviços privados, transferindo a responsabilidade para a “sociedade civil”, a partir de práticas filantrópicas, voluntárias e caritativas.

Neste cenário é que o “terceiro setor”<sup>29</sup> se apresenta, enquanto um conjunto de iniciativas particulares com um sentido público, isto é, um setor não lucrativo que se constitui como alternativa à dicotomia entre o público e o privado para substituir o Estado (FERNANDES, 1994). Esse setor se expressa a partir da desresponsabilização do Estado na garantia dos direitos sociais, seja na transferência de demandas para a sociedade e instituições filantrópicas (sob o discurso da autonomia, solidariedade) seja na mercantilização dos serviços, consolidando o fornecimento empresarial àqueles que podem custear. Na perspectiva neoliberal, o terceiro setor coexiste com outros dois setores: o primeiro setor representado pelo

---

<sup>29</sup> Montañó (2002) aponta alguns elementos que justificam a funcionalidade do “terceiro setor” para o projeto neoliberal, a saber: Justificar e legitimar o processo de desestruturação da Seguridade Social e desresponsabilização do Estado na intervenção social; desonerar o capital da responsabilidade de co-financiar as respostas às refrações da “questão social” mediante políticas sociais estatais; despolitizar os conflitos sociais dissipando-os e pulverizando-os, e transformar as “lutas contra a reforma do Estado” em “parceria com o Estado”; criar a cultura/ ideologia do “possibilismo”; reduzir os impactos (negativos ao sistema) do aumento do desemprego e a localização e trivialização da “questão social” e a autoresponsabilização pelas respostas às suas sequelas.

Estado (função administrativa dos bens públicos); o segundo setor representado pelo mercado (empresas privadas com fins lucrativos) e o terceiro representado por Organizações da Sociedade Civil (sem finalidade de lucro com atuações de interesse público).

O objetivo é desconstruir a universalidade e igualdade no acesso aos direitos que foram conquistados e assegurados na Constituição Federal de 1988. Além disso, não é de interesse do capital a manutenção de políticas sociais, mesmo que tais políticas cooperem para sua acumulação, através de suas formas de financiamento (contribuições e/ou impostos), pois, são vistas pelos capitalistas como custo e, a defesa da retirada do Estado no campo das políticas sociais é acompanhada pelo avanço do capital nesse campo, principalmente no âmbito da saúde e da previdência (MARQUES, 2015).

De acordo com Salvador (2012) o orçamento público é que garante a ação planejada do Estado e as prioridades das políticas públicas a serem asseguradas pelo governo. No entanto, ele se expressa sobretudo, como espaço de luta política e disputa de diferentes forças na sociedade.

Em O Capital, Marx aborda o fundo público ao tratar dos impostos e contribuições resultantes da mais-valia socialmente produzida, isto é, do trabalho excedente que se transforma em lucro e juros para reprodução do capital. A cobrança de impostos serviria para financiar as atividades essenciais do modo de produção capitalista.

O aumento de impostos causado pela acumulação de dívidas contraídas sucessivamente força o governo a tomar sempre novos empréstimos para fazer face a novos gastos extraordinários. O regime fiscal moderno, cujo eixo é constituído pelos impostos sobre os meios de subsistência mais necessários (portanto, encarecendo-os), traz em si mesmo o germe da progressão automática. A supertributação não é um incidente, porém muito mais um princípio (MARX, 1996, p. 363).

Para Marx, não restava dúvida de que os trabalhadores é que iriam arcar com o ônus, pois a transferência da riqueza intermediada pelo Estado para o capital seria possível a partir do aumento dos impostos.

Além do mais “a supressão de tais impostos não altera absolutamente nada no quantum de mais-valia que o capitalista industrial extorque diretamente ao

trabalhador. Ela modifica apenas a proporção em que o capitalista embolsa mais-valia ou precisa dividi-la com terceiros” (MARX, 1996, p. 149).

A dívida pública ao mesmo tempo em que alimenta o capital, ela fortalece e alastra processos que colocam em risco sua reprodução. De acordo com Salvador (2010) é comum assistir países que passaram por crises financeiras, recorrer ao fundo público para salvar as instituições financeiras falidas através de impostos que foram pagos pelos cidadãos.

O século XX terminou com fortes crises financeiras, sobretudo com o fim do ciclo expansivo dos Estados Unidos e o século XXI se iniciou com a recessão da economia americana e se estendeu até os países da América Latina. Nas economias subdesenvolvidas os ganhos da produtividade se deram a partir da precarização dos trabalhadores, aumento da jornada de trabalho e do desemprego (NAKATANI, 2002).

Para o autor, enquanto o Keynesianismo privilegiava a expansão da demanda a partir dos gastos públicos, o neoliberalismo pautou-se na política voltada para a oferta. Já ao fim dos anos oitenta, o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) reuniram diversas instituições públicas e representantes dos governos para adotar um conjunto de medidas, que ficou conhecido como Consenso de Washington.

Dentre as medidas, está a privatização de empresas estatais, desregulamentação do mercado de trabalho, reformas fiscais, entre outras. O intuito era estabilizar a economia e promover seu avanço. No entanto, a realidade dos países latino-americanos expressou o contrário: as economias não se estabilizaram como permaneceram estagnadas. Além disso, Nakatani (2002) ressalta diferenças entre as crises:

Enquanto que, nos anos oitenta, as crises financeiras eram decorrentes da dívida externa e do aumento nas taxas internacionais de juros, associados à desregulamentação financeira e liberalização dos fluxos de capitais, nos anos noventa, as crises financeiras decorreram do avanço do processo de globalização e interligação internacional dos mercados financeiros. Esse ponto é complementar ao primeiro, na medida em que a economia americana absorve fluxos contínuos de mais-valia produzidos nos países subdesenvolvidos através dos fluxos financeiros internacionais (NAKATANI, 2002, p. 6).

Os destroços causados pelas crises financeiras têm rebatimento direto e indireto para os trabalhadores, que são os primeiros a pagarem a conta. Não obstante, buscam no fundo público a solução para aliviar o mercado financeiro. A exaltação do mercado

como ente eficiente e a necessidade da privatização desaparecem e agora “chamem o Estado, ou melhor, o fundo público para socializar os prejuízos” (SALVADOR, 2010, p. 51).

A crise que assolou a economia mundial não deixou imune o Brasil. As medidas anticrise têm refletido sobre as políticas sociais, os direitos sociais e a classe trabalhadora de forma acirrada, expressas a partir do aumento das desigualdades sociais e econômicas, dos programas assistenciais focalizados no “combate à pobreza”, da responsabilização dos indivíduos, apostas na filantropização e subordinação das políticas sociais às políticas de estabilização da economia, aumentando ainda mais a concentração de renda e a ampliação dos lucros do setor financeiro, ao conter os recursos que deveriam ser destinados às políticas sociais.

Nesse sentido, Behring (2010) aponta que os impactos da crise do capital sobre o fundo público se dão em duas dimensões. Primeiramente na sua formação, ao fazer reformas tributárias regressivas na perspectiva anticíclica, bem como o desencadeamento de alternativas de renúncia fiscal para o empresariado. Segundo, na sua destinação, quando adquire ativos de empresas falidas com o discurso de proteger o emprego, fornece crédito a empresas privadas e favorece a parceria público- privado.

A autora ainda destaca que o fundo público ao se constituir como um elemento cada vez mais central e estrutural na reprodução do processo global do capital se coloca como caminho sem volta, pois, a alocação desse fundo serve para favorecer o capital ao invés de ser destinado à proteção da maioria trabalhadora, evidenciando ainda mais a contradição entre as relações sociais de produção e o desenvolvimento das forças produtivas.

Nessa direção, Behring (2010) ressalta ainda que o fundo público assume no capitalismo contemporâneo sua maturidade e expressa suas contradições, ao mesmo tempo em que a produção e realização do valor exigirão que o Estado se aproprie de uma parcela satisfatória da mais-valia socialmente produzida para garantir as condições de produção e reprodução do capital. Não obstante, é nesse contexto que as políticas sociais se apresentam, buscando espaço na alocação do fundo público, ainda que num contexto de correlações de forças desfavorável.



Salvador (2010) defende a tese de que o fundo público participa direta e indiretamente do ciclo de produção e reprodução do valor, nas seguintes fases:

- a) Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam, como visto anteriormente, a reprodução do capital.
- b) Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho a responsável direta, no capitalismo, pela criação do valor.
- c) Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
- d) No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (SALVADOR, 2010, p. 622).

Fica evidente que o fundo público tem um espaço fundamental quando se trata de ampliar a reprodução do capital, através de negociações, subsídios e condições para beneficiar os investimentos dos capitalistas, além de ser fundamental na reprodução da força de trabalho, que na sociedade capitalista, é a fonte de criação de valor.

Outra tendência da acumulação capitalista é o crescimento da esfera financeira<sup>30</sup> por meio do comando do capital portador de juros, ou do capital especulativo parasitário, que é a forma particular mais concreta do capital portador de juros. De acordo com Carcanholo e Nakatani (2015, p. 34) essa lógica especulativa do capital está associada à quebra do padrão monetário internacional a partir dos anos 1970, no qual o capital produtivo passa a ter sua dinâmica subordinada à especulação.

O processo de financeirização da economia tem vínculo orgânico com as grandes corporações produtivas e as instituições financeiras que adquirem o comando da acumulação, que se dá, sobretudo, pela desregulamentação operada pelo Estado para a liberalização do mercado (MENDES, 2015).

---

<sup>30</sup> Para aprofundamento desse debate, recomendamos a leitura de Sabadini (2015), Carcanholo (2015).

Nessa conjuntura de financeirização, o fundo público fica disponível para remunerar o capital portador de juros, e a partir dele, o capital fictício, que de acordo com Marx<sup>31</sup>, é a forma mais fetichizada da relação capitalista. Na atualidade, o capital fictício tem na dívida pública seu principal mecanismo de atuação e valorização.

Não obstante, o capital fictício é puramente ilusório, haja vista que em seu desdobramento não existe nenhuma substância real, isto é, ele não contribui para o processo de produção e/ou circulação da riqueza social, nem financia o capital comercial e produtivo. Para Sabadini (2015, p. 129), “o capital fictício dissimula ainda mais as conexões com o processo real de valorização do capital, ao consolidar a imagem de um capital que se valoriza autonomamente”.

No Brasil, o orçamento público é a expressão mais clara do fundo público, e segundo dados da Lei Orçamentária Anual (LOA) foram apresentados valores exorbitantes do orçamento para refinanciamento da dívida pública. De R\$ 1,6 trilhão do montante, R\$535,79 bilhões são destinados às políticas da seguridade social, enquanto no total de R\$1464,99 bilhões do orçamento fiscal e da seguridade social, R\$365,45 bilhões é destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida pública, o que corresponde à ¼ do orçamento público brasileiro comprometido com a esfera financeira da economia (SALVADOR, 2012).

Para Silva (2011), um dos mecanismos utilizados para drenar recursos das políticas sociais brasileiras para o capital que porta juros é a Desvinculação das Receitas da União (DRU), sendo a Seguridade Social, a mais atingida por esse mecanismo, tendo em vista que ele permite a desvinculação de 20% dos seus recursos. O que antes era destinado à classe trabalhadora, agora é transferido para os rentistas e para o pagamento dos juros da dívida, alimentando o mercado financeiro.

Não restam dúvidas de que a crise econômica de caráter estrutural se deu graças à dinâmica do capital na sua busca incessante de lucros. De acordo com Marques (2015) existem duas características centrais que demarcam o capitalismo

---

<sup>31</sup> No livro III de O Capital, Marx introduz a análise acerca dessa categoria, quando discute o capital de empréstimo a juros e a atividade de criação de crédito pelos bancos. “Com o desenvolvimento do capital portador de juros e do sistema de crédito, todo capital parece duplicar e às vezes triplicar pelo modo diverso em que o mesmo capital ou simplesmente o mesmo título de dívida aparece, em diferentes mãos, sob diversas formas. A maior parte desse “capital monetário” é puramente fictício” (MARX, 1985, p. 14).

contemporâneo; a primeira é a mundialização do capital que aponta sua ampliação e dominância em todos os espaços do mundo; e a segunda característica refere-se à centralidade alçada ao capital dito financeiro, isto é, capital portador de juros.

Dessa forma, a presença dominante do capital financeiro no capitalismo contemporâneo se opõe completamente aos interesses mais imediatos dos trabalhadores, pois atua contra a geração de emprego e renda. O desenvolvimento exacerbado do capital fictício é resultado do fato de não existir nada que lhe impeça continuar a expandir atualmente. No vale tudo da desregulamentação, a busca pelo “lucro fácil” tende a imperar (MARQUES, 2015, p. 18).

Nesse contexto, a autora defende a perspectiva de que o lugar das políticas sociais está em um “Não Lugar”, pois não tem relevância e nem espaço na agenda desse tipo de capital, aliás, o interesse desse capital é em relação à transformação dos sistemas públicos de aposentadoria em sistemas privados, fundamental para ampliar os recursos em suas atividades especulativas.

A política de saúde também é alvo desses interesses, que a partir das brechas legislativas, cede espaço da assistência à saúde ao capital estrangeiro, permite a oferta de serviços pela iniciativa privada, comprando ou transferindo serviços para o setor privado (lucrativo e filantrópico) (BAHIA, 2015). O que torna mais evidente que está em curso uma subversão do projeto constitucional para a saúde no Brasil.

Os efeitos da crise contemporânea na saúde pública brasileira ocorreram, segundo Mendes (2015), em dois aspectos: na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização. Esses efeitos podem ser identificados a partir da presença do capital portador de juros no orçamento público federal, no orçamento da Seguridade Social, além de incentivos financeiros concedidos a saúde privada através de renúncia fiscal.

A situação de subfinanciamento estrutural do SUS deve ser associada à política econômica conhecida como o famoso tripé econômico – juros altos/metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde. Essa política vem sendo adotada pelo governo federal desde 1995 até o momento atual, em consonância com as prioridades dos arautos do capital financeiro, a fim de garantir a valorização de seu capital frente à crise (MENDES, 2015, p. 492)

Assim, o processo de financiamento está entre um dos principais problemas enfrentados pela saúde pública brasileira, desde a Constituição Federal de 1988. A instabilidade dos parâmetros sobre os gastos da saúde ameaça uma das maiores

conquistas no âmbito da saúde, a prestação de um serviço de qualidade, público e acessível.

A Emenda Constitucional nº 29, representou uma relevante conquista para o SUS, ao estabelecer a vinculação de recursos nas três esferas do governo para um processo de financiamento mais estável. No entanto, mesmo a EC-29 permitindo que o gasto do SUS aumentasse de 2,89% do PIB em 2000, para 3,9% do PIB em 2012, não foi suficiente para garantir um sistema integral e universal (MENDES, 2015).

Fica evidente, portanto, que a problemática do financiamento da saúde no Brasil sempre foi marcada por montantes instáveis e insuficientes. Todavia, foi durante o período 1994 a 2011 que os agravos no financiamento do SUS ganharam proporções maiores. O autor supracitado aponta alguns episódios: a criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que resultou em uma perda de recursos para a seguridade social; aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), como fonte exclusiva para a saúde, por um lado, e a retirada de outras fontes desse setor, por outro a pendência da regulamentação da EC nº 29/2000 durante oito anos no Congresso e a ameaça da proposta de reforma tributária do governo Lula (2008) que impediria a vinculação de recursos para a seguridade social.

A predominância de políticas macroeconômicas restritivas marcou o governo de FHC e foi mantida pelo governo Lula, em conformidade com as necessidades do capital portador de juros no capitalismo contemporâneo. De acordo com Filgueiras (2010) o governo Lula, através do Estado promoveu e impulsionou um processo de concentração e centralização de capitais em proteção de grandes grupos nacionais, tanto na esfera produtiva quanto financeira, bem como na relação entre ambas.

Foram tomadas algumas medidas temporárias em relação à política fiscal, por meios de desonerações tributárias temporárias para estimular a venda e o consumo, como por exemplo, a redução do imposto sobre produtos industrializados, como foi o caso do setor automotivo, de móveis, bem como da desoneração tributária por meio da contribuição previdenciária sobre a folha de pagamento, que alcançou diversos segmentos da economia. Essas desonerações implicam em grande medida nos recursos renunciados do orçamento da seguridade social.

Essa renúncia deveria obrigar o governo a promover uma compensação no OSS equivalente à renúncia tributária realizada com recursos do Orçamento

Fiscal, evitando assim prejuízos financeiros para o financiamento da seguridade social. Contudo, o governo não vem compensando adequadamente o caixa da previdência social com a perda das receitas decorrentes da desoneração da contribuição patronal sobre a folha de pagamento (SALVADOR, 2015, p. 17).

De acordo com o autor acima, os gastos tributários no setor da saúde evoluíram de R\$ 20,6 bilhões, em 2010, para R\$ 24,9 bilhões em 2014, representando 9,50% do montante dos gastos tributários de 2014. Parte das desonerações tributárias que dão origem aos gastos na área da saúde está relacionada à dedução no imposto de renda das pessoas físicas, de despesas com planos de saúde e serviços médicos, e as pessoas jurídicas de valores referentes à assistência odontológica, farmacêutica e médica, prestada a empregados.

É nesse contexto, de desonerações, ajustes e desmontes que a política de saúde vem enfrentando o projeto neoliberal, representado pelo mercado e pelos novos modelos de gestão, denominados de Organizações Sociais (OS), Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), Fundações de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cuja semelhança se traduz em entregar a coisa pública ao mercado, isto é, à lógica do capital.

Esses modelos são vistos como saídas frente ao cenário de precarização da saúde, a partir de visões unilaterais e conservadoras que justificam a crise da saúde em âmbito gerencial e de gestão. Assim:

[...] absorve a 'ossatura' material dos interesses do mercado porque ideologicamente afirma a indiferenciação entre o público e o privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe presentes nas políticas sociais [...]. O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização (GRANEMANN, 2011, p. 51-52).

As ofensivas do capital ao projeto universal têm avançado também na modificação das propostas da CF/88, por meio de Propostas de Emendas Constitucionais, alterações de leis, redução dos recursos do orçamento da seguridade social que recai sobremaneira na saúde pública e na efetividade de seus princípios (universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social), com objetivo único de retirar qualquer empecilho que fere os interesses do capital financeiro e dos grandes grupos privados.

A tensão na disputa pela riqueza socialmente produzida que já estava posta desde o século XX, continua incidindo o momento atual. O fundo público ao mesmo tempo em que assume os interesses da classe trabalhadora na luta pelo financiamento de suas necessidades, representa os interesses do capital, que a partir dele buscará meios para sua reprodução, através de subsídios e inserção no mercado financeiro, como por exemplo, a dívida pública (SALVADOR, 2015).

No entanto, é preciso considerar a correlação de força desfavorável, haja vista a dominância do capital em cada vez mais se apropriar do fundo público a partir da entrada do projeto neoliberal no contexto nacional. Assim, ele captura o fundo público para sustentar a dívida pública, bem como utiliza mecanismos de desvinculação de recursos da área social para ampliar sua acumulação.

Este processo é contraditório e regressivo, tanto no financiamento quanto na destinação de recursos. Como afirmou Salvador (2010), o orçamento público no Brasil é financiado pelos mais pobres e trabalhadores e apropriados pelos mais ricos. Quando o repasse dos recursos da seguridade social vai para instituições financeiras, para operacionalizar benefícios assistenciais, estender créditos aos aposentados, criar Fundações Estatais de Direito Privado, o capital portador de juros incide sob a reprodução social da classe trabalhadora e a transforma em meios de valorização altamente lucrativos (SILVA, 2011).

Para tanto, apropriam de falsos argumentos para alterar a CF/88, como abrir espaço para o capital estrangeiro investir no setor da saúde, propor obrigatoriedade das empresas pagarem planos para seus empregados. Esses processos fortalecem a monopolização do setor privado na saúde e formulam discursos que propagam sua eficiência e rapidez. Tais mecanismos possibilitam a acumulação do capital e dissimulam o esgotamento do sistema universal, colocando como alternativa aprofundar e diversificar as formas de privatização (OS, Fundações, etc).

Aproxima-se, continuamente, da lógica da saúde como mercadoria, de alta rentabilidade para o capital e ausente para atender as demandas de saúde da população. Convém lembrar, que a luta pela saúde universal perpassa a defesa de um direito público e estatal que visa atender as demandas da população e não as do mercado.

## **CAPÍTULO 2 SAÚDE, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

Este capítulo tem como objetivo central aprofundar a discussão acerca das lutas sociais no âmbito da saúde pública, a partir da problematização de algumas categorias de análise: democracia, Estado- sociedade civil, controle social e participação popular. A saúde pública está inserida num processo de correlação de forças entre interesses de classe antagônicos, que se expressam no âmbito do Estado e da sociedade civil. Assim, o intuito é compreender como os espaços de luta política em defesa do SUS tem direcionado suas pautas e resistido aos ajustes e contrarreformas neoliberais.

### **2.1 AS CONCEPÇÕES E DISPUTAS SOBRE O CONCEITO DE DEMOCRACIA NO CAMPO TEÓRICO**

O conceito de democracia assumiu diversas perspectivas ao longo da história, acarretando polêmicas e contradições, tanto no âmbito teórico quanto na esfera política. Vieitez (2017) ressalta que a democracia tem se transformado em mantra político, utilizada tanto pelos trabalhadores e suas organizações em seus enfrentamentos com o capital, quanto pela burguesia, que agita a bandeira da democracia para justificar suas ações.

Para Alvarez, Dagnino e Escobar (2000, p. 15), “o que está fundamentalmente em disputa são os parâmetros da democracia, são as próprias fronteiras do que deve ser definido como arena política: seus participantes, instituições, processos, agenda e campo de ação”. A conceituação da democracia é complexa e nessa tentativa de estabelecer seu real significado, ela foi adquirindo alguns adjetivos: representativa, real, paritária, radical, direta, deliberativa, entre outros (FERRAZ, 2005).

O processo de adjetivação põe em evidência as restrições e ausências do modelo liberal-representativo vigente nas democracias do mundo inteiro. Neste processo, o adjetivo é quase sempre uma enunciação do que estas poderiam ser e menos uma nomeação das qualificações do modelo em vigor. A adjetivação tem ilustrado em maior escala o que as democracias existentes não são, apresentando um forte caráter normativo e utópico (FERRAZ, 2005, p. 21).

Fica evidente que as definições de democracia são diversas e seu uso recorrente demonstra a disputa pelo seu significado. Há autores que compreendem a democracia a partir da perspectiva liberal, com foco na garantia de eleições regulares, liberdade civil dos indivíduos, conservação da ordem existente, na qual a política é feita por uma elite e realização de eleições periódicas e competitivas é sua principal característica (GIDDENS, 1999; SCHUMPETER, 1984). Outros defendem a democracia a partir da perspectiva marxista<sup>32</sup> (WOOD, GRAMSCI, LUKÁCS, DAGNINO, FERRAZ, AVRITZER, COUTINHO). Neste trabalho, as categorias democracia e participação serão apresentadas a partir da perspectiva marxista.

Segundo Coutinho (2008), existe uma batalha de ideias entre diferentes forças sociais para definir a democracia, uma vez que essa forma de regime político tem sido reivindicada pela maioria das correntes teóricas, da direita à esquerda. No entanto, o autor aponta que nem sempre foi assim, pois, a direita- desde o catolicismo até os diferentes fascismos- combatia claramente a democracia.

Para o autor acima, a consolidação do pensamento democrático moderno se deu a partir das grandes revoluções burguesas que se desenvolveram nos séculos XVII e XVIII na Europa e América do Norte. A democracia apenas se tornou uma forma de governo inquestionável mais recentemente, pois, neste período não existia unanimidade quanto ao valor democrático. Entre os liberais defendia-se a ideia de que os mais capacitados é que poderiam definir a melhor forma de conduzir a sociedade e que o povo não poderia governar a si mesmo.

Para Coutinho (2008) o questionamento ao Absolutismo ganhou força a partir do avanço do Liberalismo, corrente que representava a burguesia como nova classe social e sua consolidação como classe dominante. Sua tarefa central era fortalecer a ordem burguesa, na qual o poder fosse limitado pela maximização dos direitos individuais.

No século XVIII, Rousseau se destaca entre os pensadores iluministas do século XVIII por suas formulações acerca da democracia. O autor buscou realizar uma crítica

---

<sup>32</sup> A democracia aqui entendida no sentido da igualdade material, da participação coletiva de todos na apropriação dos bens socialmente produzidos, na existência de instâncias efetivamente democráticas que contemple não apenas a representação, mas a existência da democracia direta, participativa; que dê condições jurídicas, econômicas e sociais para que tais regras sejam de fato cumpridas (COUTINHO, 2008).



radical da sociedade existente e dos limites ideológicos contidos no liberalismo. Além disso, em sua obra “O Contrato Social”, ele formulou propostas para uma sociedade alternativa, que fosse democrática e popular, que orientou, inclusive, as ações dos sujeitos políticos durante a Revolução Francesa (COUTINHO, 2008).

O contrato social conservaria a igualdade originária do estado de natureza a partir de uma autoridade legislativa que representasse a vontade da maioria, ou seja, um poder comum que os mantenha em respeito, e que dirija suas ações no sentido do benefício comum (ROUSSEAU, 1978). Para ele, nada seria mais perigoso que a prevalência dos interesses privados nas decisões públicas. Se o governo for entregue a um pequeno grupo, existem brechas para o abuso da lei em seu próprio benefício, o que não anula a possibilidade do mesmo ocorrer quando o poder está nas mãos da maioria, mas de forma bem menor, pois a estes está destinado a função de implementar leis, e a função legítima é a base da organização política.

O Estado é, portanto, síntese das vontades individuais e expressão do bem comum. O exercício dessa vontade geral é a soberania, que constitui a base da democracia em Rousseau, onde o governante não é soberano, mas sim, representante da soberania popular. Soberano é o povo, representante do interesse coletivo.

Em outra direção, Schumpeter (1961) em sua obra “Capitalismo, Socialismo e Democracia” define a democracia como um “método político, isto é, um certo tipo de arranjo institucional para chegar a uma decisão política (legislativa ou administrativa)” (p. 291). No “método democrático” defendido pelo autor, a questão central é a competição entre aqueles que tomam as decisões pelo voto do povo. Para ele, qualquer indivíduo é livre para competir nas eleições, comparando inclusive, a competição política por votos à lógica do mercado (PATEMAN, 1992).

Em determinadas épocas, evidentemente, todos os partidos adotarão um conjunto de princípios e plataformas, que podem ser característicos do partido que os adota e importante para seu sucesso, como as marcas de mercadorias que uma loja de departamentos vende são características suas e importantes para seu êxito (...) O partido é um grupo cujos membros resolvem agir de maneira concertada na luta competitiva pelo poder político (...) A psicotécnica da administração e da propaganda partidária, slogans e marchas patrióticas não constituem, pois, acessórios, mas a própria essência da política. Da mesma maneira, o chefe político (SCHUMPETER, 1961, p. 337).

Nessa assertiva, o autor reforça a importância da competição pela liderança e a necessidade de uma classe política dominante que possibilite a inserção dos

candidatos à liderança do governo. Em outras palavras, a única forma de participação do povo seria por meio do voto.

Para ele, a participação não assume centralidade, o fundamental é um número considerável de cidadãos participando para manter a máquina eleitoral e os arranjos institucionais de modo satisfatório, isto é, ao povo é dado o direito de aceitar ou recusar aqueles que o governarão. Segundo sua definição de democracia: “O método democrático é um sistema institucional para a tomada de decisões no qual o indivíduo adquire o poder de decidir mediante uma luta competitiva pelos votos do eleitor” (SCHUMPETER, 1961, p. 328)

De acordo com Chauí (2008), esse modelo democrático formulado por Schumpeter, não visa resolver os problemas políticos, mas eleger homens que decidirão quais são esses problemas e como resolvê-los, restringindo a política a assunto da elite dirigente e o sistema eleitoral, por sua vez, teria a função de preservar a sociedade contra os riscos da tirania. Além disso, o modelo político estaria pautado no mercado econômico, cujo pressuposto é do consumo e da demanda, pois

a natureza instável e consumidora dos sujeitos políticos obriga a existência de um aparato governamental capaz de estabilizar as demandas da vontade política pela estabilização da “vontade geral”, através do aparelho do Estado, que reforça acordos, aplana conflitos e modera as aspirações (CHAUÍ, 2008, p. 138).

Assim, o caráter democrático do modelo defendido pelo autor se resume à competição entre líderes políticos rivais, ou seja, às elites políticas. Ao povo não compete apresentar opiniões definidas sobre as questões políticas. Este é o argumento central que fundamenta sua visão estritamente fechada e procedimental de democracia.

Se por um lado, o debate da democracia se pautou em uma vertente formal e procedimental, por outro, este debate também proporcionou a discussão da democracia enquanto processo histórico e condição para uma luta democrática e anticapitalista, isto é, um governo pelo povo ou pelo poder do povo (WOOD, 2011).

De acordo com a autora, foram os gregos os primeiros a utilizarem a democracia no governo de suas cidades-estado. Enquanto nas sociedades pré-capitalistas, os camponeses eram a principal classe produtora e a apropriação do excedente, seja pelo proprietário ou pelo Estado- era conquistada por mecanismos de dependência

política (servidão, dívida, escravidão, impostos e outras), na Grécia surgiu uma nova forma de organização que uniu proprietários e camponeses numa unidade cívica e militar.

A pólis representou a emergência de uma nova dinâmica social na forma das relações de classe. A relação entre proprietários e camponeses passou a ser direta, separada da velha relação entre governantes e súditos. A democracia inibia a concentração de propriedade, limitando as formas em que se podiam utilizar a escravidão, sobretudo na agricultura.

As relações de propriedade que acionam esse mecanismo colocaram o trabalho numa posição histórica única. Submetido a imperativos econômicos que não dependem diretamente do status jurídico ou político, o trabalhador assalariado sem propriedade só pode desfrutar no capitalismo da liberdade e da igualdade jurídicas, e até mesmo de todos os direitos políticos de um sistema de sufrágio universal, desde que não retire do capital seu poder de apropriação. É aqui que encontramos a maior diferença entre a condição do trabalho na antiga democracia ateniense e no capitalismo moderno (WOOD, 2011, p. 173).

Na democracia capitalista moderna, reforça a autora, a desigualdade social e econômica coexiste com a liberdade e a igualdade cívica. O poder do capitalista de se apropriar da mais-valia do trabalhador não está relacionado com o privilégio jurídico nem com a condição cívica, mas com o fato dos trabalhadores não possuírem propriedade, que lhes impõe a trocar sua força de trabalho por um salário.

De acordo com a autora, a separação da condição cívica da situação de classe nas sociedades capitalistas, tem dois lados: de um, o direito de cidadania não é determinado pela posição socioeconômica e, neste sentido, o capitalismo coexiste com a democracia formal; de outro, a igualdade cívica não afeta diretamente a desigualdade de classe, e a democracia formal deixa fundamentalmente intacta a exploração de classe (WOOD, 2011, p. 173). Ainda que o capitalismo tenha tornado possível conceber uma democracia formal (igualdade civil com desigualdade social), “a possibilidade conceitual de uma “democracia formal” não fez dela uma realidade histórica” (WOOD, 2011, p. 184).

Nesse sentido, faz-se necessário reconhecer a disputa no âmbito da definição da democracia. Rosa Luxemburgo (2002) aponta as contradições do capitalismo quanto a democracia que se manifesta no parlamentarismo moderno. Formalmente, o

parlamentarismo deveria expressar na organização do Estado os interesses da sociedade, no entanto, ele representa os interesses capitalistas e suas instituições transformam-se em instrumentos da classe dominante com caráter altamente formal,

Desde que a democracia tem a tendência para negar o seu carácter de classe e para transformar-se num instrumento dos autênticos interesses do povo, as formas democráticas são sacrificadas pela burguesia e pela sua representação do Estado. Também a ideia da conquista por uma maioria parlamentar aparece como um cálculo errado: preocupando-se unicamente, à semelhança do liberalismo burguês, com o aspecto formal da democracia, descuida-se totalmente o outro aspecto, o do seu conteúdo real (LUXEMBURGO, 2002, p. 13).

Para a autora, a luta das camadas populares pela liberdade de expressão na vida pública e a conquista do poder político é parte fundamental para o desenvolvimento do caminho revolucionário, divergindo da perspectiva da esquerda que situa as instituições democráticas como exclusivo instrumento da burguesia. Para ela, o êxito revolucionário não está na tomada súbita do Estado, tampouco na ditadura do proletariado, mas está diretamente ligada à participação dos trabalhadores na vida política e econômica, quer dizer, deixarem a condição de governados para decidirem a sua vida pública.

Em seu texto *O que quer a Liga Espartaco* de 1918, Luxemburgo defende que a democracia não pode ser restrita ao parlamento, às autoridades e comissões, pelo contrário, deve ser empreendida e realizada pelos próprios trabalhadores: “as massas proletárias têm que deixar de ser máquinas mortas que o capitalista usa no processo de produção e aprender a tomar-se dirigentes reflexivos, livres e autônomos deste processo” (LUXEMBURGO, 1978, p. 153).

A crítica realizada pela autora busca romper com a perspectiva da democracia formal e liberal, indo na direção de um processo democrático pautado na liberdade das massas para construir o caminho revolucionário. Não obstante, ela reforça que democracia não quer dizer regime de governo, em que capitalistas buscarão espaços no parlamento para resolver os problemas dos trabalhadores, resumindo numa falaciosa igualdade.

É uma ilusão extravagante acreditar que os capitalistas hão de se render de bom grado ao veredicto socialista de um parlamento ou de uma assembleia nacional e que hão renunciar tranquilamente à propriedade, ao lucro e aos privilégios da exploração. Todas as classes dominantes lutaram sempre até ao fim com a mais pertinaz energia por manter os seus privilégios (LUXEMBURGO, 1978, p. 155).

Carlos Nelson Coutinho, intelectual brasileiro que contribuiu com o debate e interpretação marxista da política no Brasil, se destaca pela defesa e discussão da relação entre democracia e revolução. O autor defende a tese de que “se sem democracia não há socialismo, tampouco há democracia plena e consolidada sem socialismo” (COUTINHO, 2008, p. 12) reforçando a atualidade e urgência da democracia para superação da ordem burguesa.

Segundo o autor, o sentido da renovação democrática perpassa o processo de democratização e ampliação da esfera pública. Para isso, é necessário criar meios que possibilitem superar uma questão central do capitalismo: o monopólio do poder e a alienação política, isto é, “superar a contradição existente entre, por um lado, a socialização da participação política, e, por outro, a apropriação não social dos mecanismos de governo da sociedade” (COUTINHO, 2008, p. 29). Portanto, cabe à democracia de massas a tarefa da renovação democrática que implica a crescente socialização da política, o que o autor designou de “elevar a nível superior” a democracia.<sup>33</sup>

Não obstante, Coutinho (2008) realiza a crítica da adjetivação da democracia, no qual seu conceito vem sendo disputado entre os democratas socialistas e os (neo) liberais. Ele defende a democracia substantiva, que seria a forma política da transição socialista, ao invés de democracia formal dos liberais.

Além disso, discorda da adjetivação que atribui diferenças fundamentais entre democracia burguesa e democracia proletária. O autor faz uma análise da compreensão de Lenin acerca da democracia e afirma haver elementos problemáticos na sua interpretação. Para ele, há uma excessiva preocupação em adjetivar a democracia, terminando por subestimar o substantivo.

Pode-se certamente caracterizar o liberalismo como uma teoria e um regime político burgueses: desde sua origem, o liberalismo se liga claramente à

---

<sup>33</sup> Para Coutinho, “a democracia precisava ser tratada como valor universal porque era um valor em si e uma construção histórica que se fixara no horizonte da modernidade, abrindo-se assim, não como “caminho” ou “instrumento”, mas como plataforma de estruturação e impulsionamento de todos os movimentos políticos progressistas, reformadores. Ela não era somente base de um novo contrato social e um conjunto de “regras do jogo”, mas também uma pedagogia para a luta e para a transformação social. Ensinar aos homens o valor dos “outros”, a dignidade das pessoas, a tolerância, a relevância do diálogo, a complexidade da política e do político – fatores que se revestem de um extraordinário poder de contestação e de agregação cívica” (NOGUEIRA, 2013, p. 4).

classe burguesa, à sua luta pela consolidação de uma ordem capitalista (...) Já as conquistas da democracia enquanto afirmação efetiva da soberania popular- o que implica, como condição mínima, o direito universal ao voto e à organização (em suma, o direito à participação)- têm resultado sistematicamente das lutas dos trabalhadores contra os princípios e as práticas do liberalismo excludente, defendido e praticado pela classe burguesa (COUTINHO, 2008, p. 62).

Por isso, o autor considera, não somente um equívoco histórico, como uma injustiça contra os trabalhadores, atribuir à burguesia algo que foi conquistado contra ela. Essa concepção seria muito redutiva, pois, apenas seria “proletária” a democracia direta e participativa, pautada nos conselhos ou soviets, quando a democracia representativa (parlamentos que foram eleitos por sufrágio universal através de disputa entre partidos de massa) são também fruto da luta dos trabalhadores.

Lenin (1978), em “O Estado e a Revolução” retoma alguns elementos sobre o papel do Estado e da democracia. Para ele, o Estado surge a partir das contradições de classe, além de ser um órgão de dominação que cumpre a função repressora sobre as classes subalternas. “O Estado é o produto e a manifestação do antagonismo inconciliável das classes” (LENIN, 2007, p. 3).

O autor afirma que o Estado se consolida como aparelho de governo que é formado por leis, órgãos públicos e toda uma legalidade que é mantida por um exército regular, homens armados e violência. Trata-se de institucionalizar a exploração através da força repressiva e do Estado constitucional, ou seja, uma dominação legalizada. O que fundamenta a exploração capitalista e o Estado burguês é a propriedade privada.

“Qualquer Estado em que exista a propriedade privada sobre a terra e os meios de produção e em que domine o capital, por mais democrático que ele seja, é um Estado capitalista, é uma máquina nas mãos dos capitalistas para manter submetidos a classe operária e o campesinato pobre” (LENIN, 2007, p. 187).

O Estado democrático seria, portanto, nada mais que uma forma de dominação do capital, camuflando seu caráter de classe e de opressão, expressando-se como livre e universal. Segundo ele, a democracia burguesa é “estreita, amputada, falsa, hipócrita, paraíso para os ricos, uma armadilha e um engano para os explorados, para os pobres” (LENIN, 1971, p.36). O autor reforça que a democracia burguesa é formal e abstrata, mas ela contém os pressupostos necessários para desenvolver a luta da classe operária contra a burguesia. Estes primeiros, não devem ficar presos aos

pressupostos da democracia liberal, pois ela apenas abre caminho para a organização da luta dos operários na derrubada do capitalismo, mas jamais realizaria o socialismo.

Embora haja divergências de Coutinho quanto à interpretação da democracia burguesa realizada por Lenin, há que se considerar que ambos realizam uma crítica acerca das relações capitalistas de produção, reconhecem a forma política de dominação da classe burguesa e os limites da democracia nesta sociedade.

É nessa direção que Coutinho faz a crítica à natureza do Estado capitalista, que surge para atender às demandas postas historicamente pela classe burguesa nas sociedades divididas entre produtores diretos e apropriadores do excedente econômico, ou seja, visa garantir esta relação econômica, que se pauta na exploração, através de formas políticas diversas de dominação. Assim, a função desse Estado é conservar essa divisão e assegurar que os interesses dessa classe se sobreponham ao interesse geral da sociedade.

Para Marx (2010), do ponto de vista político, o Estado e a organização da sociedade não são coisas distintas, “o Estado é o ordenamento da sociedade” (2010, p. 59), na qual a instauração do poder do Estado passa a ser indispensável para representar os interesses da classe burguesa:

O poder estatal centralizado, com os seus órgãos onipotentes: o exército permanente, a polícia, a burocracia, o clero e a magistratura – órgãos criados segundo o plano de divisão sistemática e hierárquica do trabalho – procede dos tempos da monarquia absoluta e serviu à nascente sociedade burguesa como uma arma poderosa em suas lutas contra o feudalismo. Entretanto, seu desenvolvimento foi entravado por todo tipo de rebatulhos medievais: direitos senhoriais, privilégios locais, monopólios municipais e corporativos, códigos provinciais (MARX, 1999, p. 84-85).

Para Marx e Engels, o Estado emerge das relações sociais de produção e expressa os interesses da estrutura de classe ligada às relações sociais de produção. Nesse sentido, ao ter domínio do trabalho e dos meios de produção, a burguesia se constitui enquanto classe dominante, expandindo seu poder ao Estado, que representa seus interesses. Assim, Marx define a sociedade civil, enquanto sociedade burguesa (esfera da produção e reprodução da vida material), isto é, sociedade civil e estrutura econômica são, para ele, a mesma coisa (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

De acordo com os autores acima, Gramsci desenvolve uma nova perspectiva teórica de Estado, a partir dos conceitos básicos de Marx, Engels e Lenin para se pensar a

sociedade civil e sua relação com o Estado, tendo como chão histórico, não apenas a experiência da Itália, mas das sociedades capitalistas desenvolvidas do seu tempo. Gramsci defende a socialização da política, que seria resultante da presença de organizações (partidos políticos, sindicatos, movimentos sociais, sistema educacional, igrejas, etc), como esferas em que as classes se organizam e confrontam seus projetos, para conservar ou conquistar a hegemonia. Com a socialização da política, o Estado se amplia.

Gramsci amplia a concepção de Estado a partir de duas esferas: a Sociedade Política e a Sociedade Civil. A primeira designa o “Estado em sentido restrito” ou “Estado-coerção” e a segunda constitui-se em aparelhos privados de hegemonia, na qual as classes disputam o consenso para dar continuidade à dominação burguesa.

A sociedade política está constituída pelos órgãos das superestruturas encarregados de implementar a função de coerção e domínio, ao passo que a sociedade civil é conformada pelo conjunto de organismos, usualmente considerados "privados", que possibilitam a direção intelectual e moral da sociedade, mediante a formação do consenso e a adesão das massas. A trama da sociedade civil é formada por múltiplas organizações sociais, de caráter cultural, educativo e religioso, mas também político e, inclusive, econômico. Por seu intermédio, difundem-se a ideologia, os interesses e os valores da classe que domina o Estado, e se articulam o consenso e a direção moral e intelectual do conjunto social. Nela se forma a vontade coletiva, se articula a estrutura material da cultura e se organiza o consentimento e a adesão das classes dominadas (ACANDA, 2006, p. 175).

O que pode ser apreendido a partir da análise de Gramsci, é que a democracia se transforma em regime político que viabiliza a disputa hegemônica dos grupos sociais e possibilita a expressão política de suas ações. Essa relação de hegemonia, implica numa “progressiva convergência das vontades particulares de múltiplos grupos e camadas sociais em torno do que o revolucionário italiano chamou de vontade coletiva nacional popular” (COUTINHO, 2008, p.32).

Segundo ele, essa é a tarefa do socialismo: socializar não apenas os meios de produção, mas sobretudo, a socialização dos meios de governar, em que a sociedade possa participar efetivamente da vida política. Coutinho (2008) reforça que para realizar essa articulação seria necessária a integração entre os organismos populares de democracia de base e os mecanismos tradicionais de representação indireta (parlamentos, por exemplo). Nessa direção, ele destaca



Se se mantiverem abertos à pressão daqueles organismos populares, os parlamentos podem adquirir uma nova função: podem ser o local de uma síntese política das demandas dos vários sujeitos coletivos, tornando-se assim a instância institucional decisiva da expressão da hegemonia. Aos que desconfiam dessa mediação institucional, apostando tudo numa fetichização da democracia direta, cabe lembrar que tal instância de síntese geral é imprescindível se não se quer que os sujeitos coletivos (ainda que sejam representativos de setores populares) se coagulem no nível da defesa corporativa de interesses puramente particulares (COUTINHO, 2008, p. 33).

O autor chama atenção para o fato de que, caso não exista uma instância democrática capaz de realizar esta síntese, algum sucedâneo ganharia espaço, sendo produzido ou pelo mercado ou pela burocracia estatal, até mesmo por ambos, o que levaria à conservação do capitalismo. Portanto, para aqueles que defendem o socialismo, a democracia política seria um “valor estratégico permanente” que possibilitaria tanto a conquista como a consolidação dessa nova sociedade.

Para Netto (1990) o debate acerca da democracia na transição ao socialismo envolve algumas contradições, sobretudo, porque no capitalismo a burguesia busca articular seus mecanismos econômicos à suas formas políticas, incluindo a moderna democracia. Essa dita democracia moderna exclui as massas dos processos de decisão, mantendo, assim, através de aspectos formais e burocráticos, a sua hegemonia. Ao reconhecer que a democracia encontra limites no capitalismo, o autor apresenta duas tarefas.

[...] a luta pela democracia política se mostra como incontornável para o proletariado e para as classes e camadas subalternas, não há outro caminho para forjar o processo de construção da sua hegemonia [...]. A exigência que se põe às classes subalternas, portanto, é dupla: forçar pela prática do mais amplo jogo democrático e pela generalização e universalização da democracia e, ao mesmo tempo, deslocar a legitimação da ordem burguesa no próprio marco do ordenamento capitalista – mesmo que a construção da sua hegemonia torna-se visceralmente problemática. (NETTO, 1990, p. 124-125).

Nesse sentido, fica evidente a necessidade do avanço da democracia enquanto ação política que se realiza pelo avanço da participação, para além da necessidade de ampliar e fortalecer instituições democráticas, mas incorporar os valores democráticos na vida humana, fundamental para organização dos trabalhadores no enfrentamento da dominação burguesa. Sendo uma das artimanhas da dominação burguesa a dissociação entre economia e política, que se conforma em um mecanismo essencial

para manutenção da ordem capitalista, na medida em que impede que se visualize o conteúdo especificamente político dessa dominação (WOOD, 2011).

A produção capitalista exige que a forma de apropriação do trabalho excedente aconteça puramente na esfera econômica, isto é, não utiliza de nenhum artifício ou coerção explícita que faça o trabalhador se submeter ao capital, sendo dispensável qualquer elemento político ou “extraeconômico” para garantir a relação de exploração, já que o trabalhador se encontra “livre” dos meios de produção e passa a transferir mais-valor para o capitalista. De acordo com a autora, essa “naturalização” foi produzida pelo próprio capitalismo.

A coerção econômica que se impõe sobre o trabalhador ocorre através de mecanismos do mercado, com a privatização das funções sociais de produção, distribuição, extração de mais-valia e sua apropriação. A apropriação e exploração capitalista transformam questões que antes eram ligadas ao poder político, em questões econômicas.

O capitalismo extinguiu as formas de dependência e servidão que existiam anteriormente e possibilitou que a extração de mais-valor do trabalho ocorresse num cenário de liberdade política e jurídica. Em outras palavras, o poder de apropriação de excedente que se baseava em privilégios, costumes, herança, passa a ser agora, uma relação contratual entre sujeitos “livres” (WOOD, 2011).

Como não é necessário à classe apropriadora a existência de coação política, militar e legal sobre os trabalhadores, esses aspectos são transferidos ao Estado, que centraliza e monopoliza as instituições coercitivas (tribunal, polícia, etc) e se expressa como entidade universalista, pública, neutra e autônoma, disfarçando a natureza de classe do Estado. Assim, “o Estado- que é separado da economia, embora intervenha nela- pode aparentemente pertencer a todos, apropriador e produtor, sem que se usurpe o poder de exploração do apropriador” (WOOD, 2011, p. 43).

Existem, portanto, dois pontos críticos relativos à organização da produção capitalista que ajudam a explicar o caráter peculiar do “político” na sociedade capitalista e a situar a economia na arena política: primeiro, o grau sem precedentes de integração da organização da produção com a organização da apropriação; e segundo, o alcance e a generalidade dessa integração, a extensão praticamente universal a que a produção no conjunto da sociedade se mantém sob o controle do apropriador capitalista (WOOD, 2011, p. 46).

Nesse sentido, é possível identificar o papel que a democracia assume na agenda do capital. Como a produção e a apropriação estão vinculadas ao controle privado, o capitalismo produz mecanismos que submetem a democracia à formalidade jurídica e política, de forma que ela não interfira nas relações econômicas. O objetivo, portanto, é impedir o controle democrático das instâncias que decidem o direcionamento da produção, apropriação e distribuição da riqueza social (WOOD, 2011).

Segundo a autora, a ideia de democracia liberal só se tornou pensável com o surgimento das relações sociais capitalistas de propriedade. De um lado, passou a existir uma esfera política separada, esfera das relações “extraeconômicas” (política, jurídica ou militar), que não tinha implicações para o poder econômico, poder de apropriação, exploração e distribuição. Do outro, surge a esfera econômica, com suas próprias regras de poder, sem depender dos privilégios políticos e jurídicos.

Wood ressalta que a democracia liberal deixa intocável toda dominação e coação criada pelo capitalismo, atendendo os interesses da propriedade privada e do mercado. Além disso, deixa intocável diversas esferas da vida cotidiana, como o local de trabalho, a distribuição do trabalho e seus recursos, que deixa de pertencer à responsabilidade democrática para ser governada pelos poderes da propriedade, pelas leis do mercado e pela lógica do lucro.

Seria possível imaginar uma forma de cidadania democrática que penetrasse o domínio lacrado pelo capitalismo moderno? Seria possível que o capitalismo sobrevivesse a essa extensão da democracia? O capitalismo é compatível com a democracia em seu sentido literal? (...) A democracia liberal parece o fim da história por haver ultrapassado todas as alternativas imagináveis ou por ter exaurido sua própria capacidade, enquanto esconde outras possibilidades? Ela realmente superou todos os rivais ou apenas ocultou da vista temporariamente? (WOOD, 2011, p. 203).

Portanto, destaca-se que o debate sobre a democracia está inserido num campo diversificado e complexo. São diferentes perspectivas teóricas que buscam avaliar o processo democrático a partir das experiências históricas. Neste trabalho, a democracia é tomada como processo em construção, onde o conceito de política se amplia, baseada na perspectiva gramsciana de hegemonia<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup>As concepções gramscianas de Estado e sociedade civil, hegemonia, estrutura e superestrutura, entre outras categorias utilizadas pelo autor, serão aprofundadas no próximo item.

De acordo com Neves (2017) a luta pela hegemonia, a batalha de ideias, de visão de mundo e de projetos políticos em disputa, assume centralidade na luta pelo poder do Estado e sua conquista. É um processo que requer consentimento ativo não apenas no âmbito do discurso, mas, principalmente, na ação política.

Os processos de radicalização dos ideários capitalistas têm imposto grandes desafios a organização das classes subalternas. É necessário resistir à ofensiva do capital a partir do fortalecimento das “trincheiras” e estratégias no âmbito da luta cotidiana pelo conjunto dos segmentos dos trabalhadores. A perspectiva gramsciana permite problematizar não apenas a possibilidade, mas principalmente a necessidade histórica da constituição de uma nova vontade coletiva.

Nesse processo, coloca-se como condição fundamental para aprofundar o conhecimento da realidade e transformá-la, a “crítica real da racionalidade e historicidade dos modos de pensar” (GRAMSCI, 1999, p. 111), em que as classes subalternas seriam capazes de produzir a contra-hegemonia. Essa possibilidade, no entanto, apenas poderia ser construída a partir das contradições materiais do cotidiano e das formas de resistências das classes subalternizadas contra a hegemonia capitalista.

Um dos eixos centrais que pauta a democracia na perspectiva marxista é a participação política das classes subalternas, que abriria caminho para uma possível construção socialista.

Diante disso, constata-se a importância de situar o debate da relação entre Estado e sociedade civil, que permite compreender os distintos projetos políticos em disputa, a capacidade de organização e mobilização dos sujeitos coletivos e as forças que pressionam e influenciam a esfera política. Dagnino (2006) utiliza projeto político para designar os conjuntos de crenças, interesses e concepções de mundo que orientam a ação política dos diferentes sujeitos, que não se reduzem a estratégias de atuação política no sentido estrito, mas representam e produzem significados de matrizes culturais mais amplas.

Nessa direção, a autora aponta a existência de uma “confluência perversa” de projetos políticos, que expressa a coexistência entre, de um lado, o projeto neoliberal que se instalou nos países latino americanos nos anos 1990, do outro lado, um projeto

participatório, democratizante, que surge a partir das crises dos regimes autoritários e do esforço de diferentes forças no país para o aprofundamento democrático. As especificidades dessa confluência no Brasil e a crise que dela se origina, expressam a disputa política e cultural entre esses dois projetos, bem como os deslocamentos de sentido que ela ocasiona na noção de sociedade civil, participação e democracia.

Para Dagnino (2006), a disputa pela construção democrática é um processo de luta pela hegemonia, no qual se inserem sujeitos sociais e políticos, que se articulam de maneira específica, expressando interesses, princípios e propostas de ação. Essa disputa é um processo complexo e contraditório, a depender das particularidades históricas locais, regionais e nacionais.

### 2.1.2 A COMPLEXA RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL

As concepções de Estado e sociedade civil no pensamento moderno têm origem nas teorias contratualistas do “direito natural” ou jusnaturalismo, que foram desenvolvidas no processo de transição para o capitalismo. O jusnaturalismo diz respeito ao desenvolvimento da ideia do direito natural entre o início do século XVII e o fim do século XVIII.

As teorias contratualistas do direito natural contestavam o controle da Igreja sobre o Estado, pois alegavam que ele não existia por uma vontade divina, mas representava o interesse da maioria dos indivíduos, que saem de um estado de natureza que não tem regras e constroem a sociedade por meio de normas, baseada em um contrato social.

Segundo Montañó e Duriguetto (2011), a contribuição dos jusnaturalistas para a teoria política de Estado é o rompimento com as determinações divinas para o Estado, onde o homem passa a ser considerado como ser racional e individual, que age movido pela razão, paixões e interesses. O Estado representaria, portanto, um acordo entre os indivíduos que fundaram a sociedade a partir de normas e regras sociais.

Hobbes, Locke e Rousseau utilizam o conceito de sociedade civil para contrapô-lo ao conceito de sociedade natural. Para Hobbes (1979) o Estado era fundamental para

organizar as relações entre os homens, caso contrário, haveria guerra entre eles. As leis da natureza, como a justiça, a piedade, o respeito, apenas funcionam na medida em que existe um poder. No estado da natureza todo homem vê os outros como concorrentes, pois todos são iguais na capacidade de alcançar seus fins, podendo até causar a morte do outro na defesa dos seus interesses.

As leis não podem ser exercidas por um grupo pequeno de homens, nem tampouco por uma multidão, que ao julgar as opiniões e a sentença de cada um em sua individualidade, tenderia a defender seus próprios interesses, ocasionando guerra entre os homens, por isso, a necessidade de instaurar o Estado. O Estado teria poder absoluto e ilimitado, aos homens caberia a subserviência total.

A partir do contrato firmado, os homens transferem ao soberano (que pode ser um homem ou uma assembleia) o direito natural que cada um possui sobre todas as coisas. Esse pacto significa que todos se submeterão à autoridade que foi instituída e é inconcebível qualquer ação que vá contra a legitimidade das ordens do soberano (HOBBS, 1979). A constituição do Estado seria, portanto, a garantia de segurança, paz e justiça.

Um dos problemas fundamentais da teoria hobbesiana é a representação, em que o autor pressupõe que a autorização, concedida pelo representado ao representante para poder agir é inquestionável, pois, a legitimidade do ato da autorização é imprescindível para fundar e exercer a soberania. Avritzer (2007) aponta que o problema hobbesiano limita-se ao ato de provar a legitimidade dos pactos e acordos assinados pelos representantes.

Para Locke, no estado de natureza os homens são livres e não estão submetidos à ordem de nenhum outro homem, sendo possuidores da propriedade que adquiriram por meio do seu trabalho. Entretanto, caso algum indivíduo se apropriasse do bem alheio, haveria conflitos no estado de natureza, constituindo uma ameaça à paz natural. Nesse sentido, a passagem do estado de natureza à sociedade civil ocorre para assegurar o direito natural à propriedade.

Locke, diferentemente de Hobbes, defendia a divisão de poderes, em que a autoridade deveria ser composta pelo poder legislativo e executivo (monarca), devendo este último ser subordinado ao legislativo. Outra diferença entre os

pensadores é que ao contrário de Hobbes que defendia o contrato como pacto de submissão dos súditos ao soberano; em Locke o contrato é um pacto de consentimento dos indivíduos para proteger a propriedade privada. As formulações de Locke abriram caminhos para a constituição do Estado liberal: “o Estado existe para proteger os direitos e as liberdades dos cidadãos que, em última instância, são os melhores juízes de seus próprios interesses” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 27).

O jusnaturalismo constitui o pressuposto filosófico do liberalismo porque fundamenta os limites do poder do Estado moderno baseado em uma concepção hipotética da natureza do homem que prescinde de toda verificação empírica e de toda prova histórica. A sua base é a concepção individualista da sociedade, segundo a qual primeiro existe o indivíduo singular com seus interesses e suas carências que tomam a forma de direitos, e depois a sociedade (CORREIA, 2005, p. 34).

Em outra direção, Rousseau formulou a proposta de uma sociedade democrática e popular, e por isso, a soberania não poderia ser representada e delegada a um grupo específico. O que legitima a vontade geral é o interesse comum de uma comunidade, sendo que o povo é soberano na medida em que participa ativamente da articulação dessa vontade geral. “A soberania não pode ser representada pela mesma razão pela qual não pode ser alienada; consiste essencialmente na vontade geral e a vontade não se representa” (ROUSSEAU, 1996, p. 113-114).

Rousseau defende que o poder soberano pertence ao legislativo que é composto pelo próprio povo e a lei representa o interesse direto da vontade geral traduzida em assembleias. Ao governo, representante do poder executivo, fica a tarefa de materializar as leis apresentadas pela vontade geral.

No entanto, o primeiro a buscar uma distinção entre Estado e sociedade, foi Hegel. Ele discordava dos contratualistas ao verem no Estado o resultado do consenso entre os indivíduos, pois o Estado é um momento superior de racionalidade que se sobrepõe mesmo contra os indivíduos. Portanto, “a distinção que Hegel faz, então, não é entre estado de natureza e estado de sociedade, mas entre sociedade civil e sociedade política, ou Estado” (TONET, 1997, p. 24).

De acordo com o autor, na medida que os diferentes grupos visavam garantir seus interesses econômicos, a tendência seria uma anarquia generalizada, colocando em risco toda sociedade, sendo necessário, assim, o Estado como representante do

ordenamento racional, já que a sociedade civil não teria condições de superar esse estado de anarquia.

A análise de Hegel defende um consenso passivo em relação às normas e decisões políticas que eram determinadas por uma suposta vontade universal manifestada no Estado. Ainda que Hegel apresente uma perspectiva antidemocrática, há que se reconhecer suas contribuições para uma teoria moderna da democracia, no qual sua “construção se fundamenta num espaço público intersubjetivo e contratual” (DURIGUETTO, 2007, p. 47).

Segundo a autora, em Hegel, a sociedade civil era tanto espaço de realização do indivíduo como de egoísmo, e a solução para as questões conflitivas da sociedade civil encontraria no Estado a possibilidade do “bem comum”, ainda que esta instância continuasse descolada da sociedade.

Para Marx, o homem não se define como indivíduo, pois ele só existe em interação com outros homens, sua natureza é produto histórico e social. Nesse sentido, o Estado se transforma em instituição que ordena e materializa a universalização dos interesses particulares e privados da sociedade civil. No Prefácio à Contribuição à crítica da economia política, de 1859, Marx tem como pressuposto fundamental que as condições materiais de existência constituem o solo do todo social. Assim, para ele, ao contrário de Hegel, o Estado é produto da sociedade civil e não uma esfera independente que se sobrepõe a sociedade.

A sociedade civil abarca o conjunto das relações materiais dos indivíduos no interior de um determinado estágio de desenvolvimento das forças produtivas. Encerra o conjunto da vida comercial e industrial existente numa dada fase e ultrapassa por isso mesmo o Estado e a nação, se bem que deva afirmar-se no exterior como nacionalidade e organizar-se no interior como Estado (...) A sociedade civil enquanto tal só se desenvolve com a burguesia; todavia, a organização social diretamente resultante da produção e do comércio, e que constituiu sempre a base do Estado e do resto da superestrutura idealista, tem sido constantemente designada pelo mesmo nome (MARX[1848] 1993, p. 58).

A burguesia, ao se constituir como classe dominante e apropriadora do excedente econômico, estende seu poder ao Estado e passa a realizar todos os seus interesses. Ainda que se afirme como esfera que representa os interesses da maioria, o Estado nada mais é que o comitê executivo dos interesses comuns da burguesia (MARX, [1848] 1993). Para Hegel, as relações entre Estado e sociedade civil não resultam na formulação do interesse comum, mas são os interesses corporativos, isto é, a



superação do interesse singular pelo particular que são defendidos como máxima universalização. Marx desenvolve sua visão de Estado a partir da crítica à essa inversão, ou seja, do universal pelo particular. É na esfera da sociedade civil que se fundamenta a natureza estatal, não o contrário, como pressupunha Hegel (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Na compreensão de Marx, é a sociedade civil e suas relações sociais que fundam o Estado, pois, ela abrange a vida comercial e industrial de uma determinada fase, bem como abarca o intercâmbio material dos indivíduos. Por isso, sociedade civil e estrutura econômica passam a ser para o autor, a mesma coisa; e o Estado resultado desta, e não uma esfera independente como defendeu Hegel. Para ele, o ponto de partida para compreender a relação Estado e sociedade, é a luta de classes.

Em sua obra, “A Questão Judaica” (1844), Marx retoma a discussão acerca do dualismo contraditório entre a universalidade dos valores éticos do homem público e a conservação do seu particularismo na esfera privada, que expressa a formação de uma vontade geral como “emancipação política”. A crítica de Marx evidencia essa “emancipação política” (igualdade de todos na formulação das leis) como formal e abstrata, uma vez que não altera as determinações estruturais da existência da sociedade civil. “É a propriedade privada e a reprodução da ação humana na defesa dos interesses individuais” (DURIGUETTO, 2007, p. 50).

De acordo com a autora, Marx reconhecia que uma ordem político-econômica que defende cidadãos “livres e iguais”, sufrágio universal e igualdade política era um passo fundamental, mas sua capacidade “emancipatória” era minada pela desigualdade de classe e limitação na escolha dos cidadãos nas esferas sócio-políticas e econômicas. Sua crítica, portanto, diz respeito aos limites e inexistência de uma democracia política, já que os aparelhos de poder e sua apropriação servem para representar os interesses da burguesia. Por isso, ele aponta os limites da emancipação no capitalismo

Toda a emancipação é uma restituição do mundo humano e das relações humanas ao próprio homem. A emancipação política é a redução do homem, por um lado, a membro da sociedade civil, indivíduo independente e egoísta e, por outro, a cidadão, a pessoa moral. A emancipação humana só será plena quando o homem real e individual tiver em si o cidadão abstracto; quando como homem individual, na sua vida empírica, no trabalho e nas suas relações individuais, se tiver tornado um ser genérico; e quando tiver reconhecido e organizado as suas próprias forças (forces propres) como

forças sociais, de maneira a nunca mais separar de si esta força social como força política (MARX, 2000, p. 30).

A crítica de Marx, vai no sentido de apontar que a emancipação política, que visa o desenvolvimento pleno da esfera política e do exercício do direito dos cidadãos, não é a etapa final da liberdade do homem. Por isso, ele sustenta que as conquistas democráticas formais não podem ser a etapa final da luta dos trabalhadores, mas, o pontapé para se alcançar a tomada de poder político e a socialização desta esfera.

Através da ação política coletiva e organizada os trabalhadores alcançariam a sua emancipação, que apenas seria concretizada com a abolição das relações de propriedade e da representação estatal burguesa. Os autores reforçam que é no âmbito da política que devem ser travadas as lutas pela realização dos interesses universais dos trabalhadores.

Outro teórico que discutiu a relação entre Estado e Sociedade Civil foi Antônio Gramsci, que a partir da concepção de Estado para Marx, elaborou a teoria do Estado ampliado. Segundo Coutinho (2008) Gramsci não enxergava o Estado apenas como o comitê executivo da burguesia mas considerava que todo Estado é um Estado de classe. O Estado ampliado seria definido pela relação entre sociedade política e sociedade civil.

Duriguetto (2007) aponta que Gramsci elabora um novo conceito de sociedade civil diferente da tradição jusnaturalista, em que sociedade civil se restringia à esfera das liberdades econômicas e dos contratos; nem está orientada em função do Estado, como queria Hegel; e não se restringe ao espaço exclusivo das relações econômicas e da hegemonia burguesa, como defendeu Marx. Para Gramsci, sociedade civil é a esfera em que as classes organizam, defendem seus interesses e disputam a hegemonia.

Fiel ao método marxiano, as análises de Gramsci, por exemplo, em relação ao conteúdo de classe do poder de Estado revelam que, embora considere que há uma correspondência entre o poder econômico e o político e que o Estado é a esfera em que se efetiva a unificação e o exercício do domínio burguês, isto não basta para determinar a totalidade de suas determinações (DURIGUETTO, 2007, p. 55).

Segundo Coutinho (2008), é a partir do surgimento da “sociedade civil” que o modo como o poder de classe é exercido, se altera. O Estado agora é complexo, pois, existe

a busca pela hegemonia, a luta pelo consenso e pela legitimação, não mais restrito aos interesses da classe dominante.

Em Gramsci (2002) a *sociedade política* corresponde à função de ‘domínio direto’ ou de comando, que se exprime no Estado e no Governo jurídico, ou seja, se constitui pelos órgãos da superestrutura responsáveis por implementar a dominação mediante coerção, mecanismos que a classe dominante utiliza para realizar o monopólio legal da violência amparada pelas burocracias (governo, forças armadas, judiciário, etc).

A *sociedade civil* pertence ao momento da superestrutura assim como o Estado. A (nova) função estatal, de direção social, consenso, hegemonia, é dada na (nova) esfera da sociedade civil (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011), onde acontece os embates dos projetos de sociedade, até alcançar a direção geral da cultura, da economia e da política. O conjunto de organismos que determinam a direção intelectual do conjunto social, a partir do consenso e adesão as classes dominantes, são considerados “privados” (escolas, partidos, igrejas, mídia) e buscam difundir os interesses e valores da classe que domina o Estado.

Nesse sentido, os autores acima reforçam que a sociedade civil expressa tanto os interesses das classes pela inserção econômica, quanto as mediações ideológicas, políticas e socioinstitucionais. Se na sociedade política a classe dominante exerce seu poder e controle através dos “aparelhos coercitivos do Estado”, na sociedade civil o exercício do poder se dá por meio de uma relação de hegemonia construída pela direção política e pelo consenso.

No entanto, a reflexão de Gramsci não consiste numa concepção de sociedade civil situada fora do Estado e da economia, mas uma relação orgânica entre esses aspectos, em que “sociedade civil e sociedade política são distinções analíticas do conceito de Estado” (DURIGUETTO, 2007, p. 57). Para ele, o momento que unifica essas esferas está situado na organização dos grupos sociais para realizar sua ‘supremacia’.

Portelli (1977) aponta que a hegemonia em Gramsci não se exerce sobre toda a sociedade, apenas sobre as classes aliadas e para conter as classes que se opõe, a classe dirigente usa a força. Assim, é possível falar que uma classe é dirigente e dominante ao mesmo tempo, uma vez que

a supremacia de um grupo se manifesta de dois modos, como "domínio" e como "direção intelectual e moral". Um grupo social domina os grupos adversários, que visa a "liquidar" ou a submeter inclusive com a força armada, e dirige os grupos afins e aliados. Um grupo social pode e, aliás, deve ser dirigente já antes de conquistar o poder governamental (esta é uma das condições fundamentais inclusive para a própria conquista do poder); depois, quando exerce o poder e mesmo se o mantém fortemente nas mãos, torna-se dominante, mas deve continuar a ser também [dirigente] (GRAMSCI, 2002, p. 62-63).

No entanto, em sua obra “Os intelectuais e a Organização da Cultura”, Gramsci defende o conceito de hegemonia como direção moral e política de uma classe que detém o poder sobre todo o conjunto da sociedade, não apenas sobre os grupos aliados.

Por enquanto, pode-se fixar dois grandes "planos" superestruturais: o que pode ser chamado de "sociedade civil" (isto é; o conjunto de organismos chamados comumente de "privados") e o da "sociedade política ou Estado", que correspondem à função de "hegemonia" que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de “domínio direto” ou de comando, que se expressa no Estado e no governo "jurídico" (GRAMSCI, 1982, p. 11).

Ainda que suas obras apresentem perspectivas distintas acerca da luta pela hegemonia, pode-se dizer, que o objetivo de Gramsci é compreender por que uma classe é subalterna e como ela deve se conduzir para se tornar dirigente. Traça sua análise na direção de construir uma nova ordem intelectual e moral, isto é, uma nova sociedade, que conseqüentemente, exige a elaboração de conceitos e armas ideológicas mais decisivas, que emergem no momento que “um grupo subalterno torna-se realmente autônomo e hegemônico, suscitando um novo tipo de Estado” (GRAMSCI, 2002, p. 225).

A concepção teórica e prático- política de Gramsci defende que as classes subalternas cheguem ao poder pela estratégia da “guerra de posição”, isto é, a partir de conquistas progressivas dos espaços de direção político- ideológico, que possibilitariam a formação do consenso organizado e participativo no âmbito da sociedade civil (DURIGUETTO, 2007). A hegemonia expressaria a direção e o consenso ideológico da classe que conseguiria aliar outros grupos próximos na construção e organização dos interesses comuns.

A conquista progressiva de uma unidade político-ideológica – de uma direção de classe – requer a busca do consenso dos grupos sociais aliados, alargando e articulando os interesses e necessidades na busca da superação dos seus limites corporativos (...) Nesse sentido, a hegemonia como “direção intelectual e moral” incorpora uma dimensão educativa na medida em que

desencadeia um processo que aspira construir sujeitos historicamente ativos que buscam formas para romper com a submissão e subalternidade, preparando- os para a participação na construção do consenso e para a superação da relação entre governantes e governados (DURIGUETTO, 2007, p. 60-63).

Gramsci define que a verdadeira reforma política é também reforma econômica. Esta transformação política ocorre no cotidiano, momento pelo qual a classe supera seus interesses econômicos e corporativos e se eleva a uma dimensão universal (COUTINHO, 2008). Esse processo é denominado por Gramsci de catarse, que significa a passagem do momento meramente econômico ao momento ético- político, ou melhor, é o processo de passagem da consciência da “classe em si” para a consciência universal da “classe para si”.

A partir desse breve levantamento, fica evidente a diversidade de concepções acerca da sociedade civil e sua relação com o Estado no campo das teorias sociais e políticas. Torna-se necessário a sua problematização para analisar a complexidade da realidade social, especialmente, as contradições que permeiam o nosso objeto de estudo. Gramsci, ao tratar da dimensão contraditória do Estado, ressalta que ao mesmo tempo que ele é instrumento de dominação, é também mecanismo de consenso para se legitimar diante da sociedade. A concepção gramsciana de Estado e Sociedade civil norteia a discussão desta pesquisa, sobretudo, porque a política de saúde e os conselhos (que fazem parte do aparato de Estado) são instâncias permeadas pelas disputas entre distintas ideologias e projetos societários.

## 2.2 CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

Após explanar alguns dos principais marcos teóricos que fundamentam a concepção de sociedade civil e Estado, faz-se necessário situar o debate da participação política e do controle social, como forma de compreender como se dá a socialização da política e a radicalização da democracia no Brasil, bem como situar os limites e enfrentamentos dos sujeitos políticos frente ao projeto autoritário e neoliberal que se instalou no país, com rebatimentos sobre a política de saúde.

Segundo Avritzer e Costa (2004) é a partir da década de 1990 que uma nova abordagem sociológica de democratização se consolida. O que os autores evidenciam

é que a vigência da democracia implica não apenas na construção de instituições democráticas (eleições livres, parlamento ativo, etc) mas, também, a incorporação de valores democráticos no cotidiano. Por isso, os processos sociais de transformação que podem ser identificados no âmbito da democratização não devem ficar restritos na esfera institucional, ao contrário, devem se inserir nas relações sociais e na cultura política gestadas nessa esfera.

Avritzer destaca que as teorias da transição democrática foram fundamentais para explicar os processos de democratização no Brasil e na América Latina. Em linhas gerais, o que essas teorias defendiam era uma centralidade dos arranjos político-institucionais, isto é, a defesa das condições mínimas para o exercício da cidadania política. Não obstante, elas foram influenciadas pelos princípios do elitismo burocrático. A doutrina elitista defende que são as elites, os atores políticos centrais para desempenhar o papel decisivo na transição democrática.

De acordo com Tatagiba (2003), esse modelo democrático liberal e hegemônico, teve como fundadores Weber e Schumpeter, para os quais a democracia se justificaria pela referência a procedimentos eleitorais que garantiriam a racionalização do exercício do poder político. No entanto, Avritzer destaca algumas mudanças das teorias da transição em relação à teoria elitista. Os primeiros reconhecem a responsabilidade das elites na existência dos regimes autoritários, bem como afirmam que as elites não necessariamente possuem valores democráticos. Além disso, as teorias da transição buscaram questionar as posições autoritárias das elites, que colocariam em risco o sistema democrático. Para a doutrina elitista, a democracia apenas funcionaria em razão das elites, que são representantes incontestes da maioria.

Outro ponto divergente entre essas teorias é que a perspectiva da transição defende a mobilização coletiva dos sujeitos externos a institucionalização para o fortalecimento dos valores democráticos, enquanto que para a doutrina elitista, a mobilização popular tem uma carga antidemocrática (AVRITZER, 2002). Entretanto, para o autor, houve apenas um rompimento parcial com os princípios da abordagem elitista, já que para a doutrina da transição, o principal são as negociações entre as elites políticas, colocando as mobilizações coletivas em segundo plano. As teorias da transição compreendem a democracia como ausência de autoritarismo, como afirma o autor:

Eleições livres e garantia de direitos civis pela Constituição aparecem como as variáveis a medir. O problema envolvido em tal concepção é um problema metodológico, na medida em que as teorias da transição deixam de problematizar a forma como os diferentes atores políticos incorporam a institucionalidade vigente. Neste sentido, tão importante quanto a realização de eleições ou a existência de uma boa declaração de direitos na Constituição é analisar a atitude dos sujeitos sociais em relação a esses atributos (...) Tratar-se-ia de perceber que existe um hiato entre a existência formal de instituições e a incorporação da democracia às práticas cotidianas dos agentes políticos (AVRITZER, 1996, p. 135-136).

Embora as teorias da transição tenham avançado em relação aos fundamentos do elitismo burocrático, ainda assim, ficaram restritas à uma perspectiva limitada de democracia. Tatagiba (2003) ressalta que foi a partir dos questionamentos acerca dos limites da democracia liberal, que os movimentos sociais em diversas partes do mundo perceberam que a ação política das classes subalternas poderia contribuir para a democratização da cultura política e uma nova relação entre Estado/ sociedade. Os grupos e indivíduos começaram a problematizar sobre as condições da vida cotidiana, as novas formas de fazer política e os espaços para seu exercício.

O campo de ação das lutas democratizantes se estende para redefinir não apenas o sistema político, mas também as práticas econômicas, sociais e culturais que possam conceber uma ordem democrática para a sociedade como um todo. Como propõe Alvarez, Dagnino e Panfichi (2006), os movimentos populares foram imprescindíveis na construção de uma nova concepção de democracia, contestando as rígidas hierarquias sociais, os discursos hegemônicos e suas práticas excludentes.

Diversas abordagens buscaram aprofundar o debate acerca da relação entre Estado e sociedade na construção da democracia e as possibilidades de interferir no quadro político institucional. Alguns projetos políticos carregavam um discurso participacionista e de revalorização da sociedade civil, assim como a existência de projetos autoritários que respeitam apenas formalmente as instituições democráticas. O fato é que essas diferentes abordagens influenciaram diretamente no debate brasileiro sobre sociedade civil e democracia na década de 1990 (DAGNINO; OLVERA; ESCOBAR, 2006).

Os autores apontam um problema não resolvido nas teorias da sociedade civil e que não foram abordados explicitamente nas teorias da participação cidadã. Realizam uma crítica do modelo teórico que separa a sociedade civil da sociedade política, bem como uma dicotomia entre uma sociedade civil homogênea, universalista e um Estado

igualmente homogêneo, autoritário e particularista, como reforça Dagnino (2002): sociedade civil como sinônimo do aprofundamento democrático e a sociedade política (Estado) como a “encarnação do mal”.

Na América Latina, a esquerda foi fundamental para criar uma cultura política contestatória e realizar uma articulação com os movimentos populares e estudantis<sup>35</sup>. A adesão dessa corrente à democracia passou por processos de diferenciação interna que influenciaram formas distintas de pensar seus princípios e seu projeto político. Segundo os autores supracitados, foi com a queda do muro de Berlim e a partir dos efeitos abruptos do neoliberalismo no mundo operário e camponês que a esquerda se tornou oposição central ao neoliberalismo.

Para Dagnino (2002) os partidos políticos da América Latina, como mediadores da relação sociedade civil e Estado, historicamente se inclinaram na direção do Estado, isto é, se limitaram a buscar representatividade da sociedade civil apenas nos momentos eleitorais e com mecanismos vistos como os mais eficazes: favoritismos, clientelismo e personalismo.

A existência de uma sociedade civil democrática não assegura que a sociedade política também o seja, embora seja pouco provável que a segunda exista sem a primeira. Nem sempre essas relações estão orientadas para o fortalecimento da democracia; em algumas ocasiões, os conflitos entre ambas as esferas podem até provocar o debilitamento e eventual colapso do sistema democrático. Para que a democracia tenha maiores possibilidades de se consolidar, parece ser necessária a existência de uma forte correspondência entre um projeto democrático na esfera da sociedade civil e projetos políticos afins na esfera da sociedade política (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p.37-38).

A noção de projeto político, segundo os autores, expressa a afirmação da política como terreno que se estrutura a partir de escolhas, ações dos sujeitos, orientados por um conjunto de representações, crenças e interesses. Tais projetos, reafirmam o vínculo entre a cultura e a política; não se limitam a estratégias de atuação política, no sentido estrito, mas expressam e produzem significados que integram matrizes culturais mais amplas, além de se caracterizarem pela sua dimensão societária

---

<sup>35</sup> A adesão à democracia como princípio do projeto político, implicou o abandono da luta armada que era vista como estratégia de tomada de poder por uma parte majoritária da esquerda: no Brasil desde o final dos anos 1970, no Peru inicia-se com os anos 1980, no México e Chile ao final dos anos 1980 (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 45).



(dimensão coletiva e individual, dimensão de classe, dimensão organizacional ou institucional).

Nessa direção, os autores apontam a presença de três grandes projetos políticos na América Latina: autoritário, neoliberal e democrático-participativo. O primeiro projeto, embora pareça ter perdido viabilidade frente a aceitação da democracia liberal, não foi totalmente eliminado, haja vista que o autoritarismo é marcado por uma “cultura que legitima as diferenças sociais, que internaliza os códigos que hierarquizam as classes e os grupos sociais e os organizam em categorias com base no seu pertencimento de classe, raça, gênero, região e país” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 45).

No que diz respeito às relações entre o Estado e a sociedade civil, o projeto autoritário não reconhece a existência da sociedade civil, pois, o partido corporativo ao mesmo tempo que cumpre as funções dos setores sociais, atua no governo, ou seja, ocupa o poder em todos os níveis. Além disso, compreende as políticas sociais como campo exclusivo do Estado que atende sob a lógica do particularismo e do clientelismo. Não obstante repudia qualquer forma de manifestação que é considerada violação do princípio de autoridade.

Em outra direção, encontra-se o projeto democrático-participativo, que traz a perspectiva de aprofundamento, radicalização da democracia e se contrapõe aos limites da democracia liberal representativa (caráter excludente e elitista). A participação política dos cidadãos torna-se fundamental para empreender a disputa pela construção democrática (Dagnino, 2002; Tatagiba, 2011; Dagnino, Olvera e Panchifi, 2006).

Esse projeto defende a participação dos cidadãos na tomada de decisões que antes eram monopolizadas pelo Estado. As inovações democráticas variam de acordo com os contextos nacionais, em que passam a incluir os conselhos gestores, os orçamentos participativos, monitoramento, etc. No projeto democrático-participativo a concepção de sociedade civil é reconhecida em sua heterogeneidade e concebida de forma ampla e inclusiva, na defesa do caráter público do Estado por meio da participação e do controle social.

O terceiro projeto apontado pelos autores, é o neoliberal. Sua principal característica está ancorada na lógica do mercado, na necessidade de ajustar a economia e promover a expansão do grande capital. Assim, um Estado marcado pela insuficiência, gigantismo e corrupção deve ser reduzido e enxugado; os direitos universais são substituídos por ações focalizadas e excludentes, entregues às organizações da sociedade civil, filantropia e voluntariado. As concepções de cidadania, sociedade civil e participação formuladas pelo projeto neoliberal expressam uma “intenção despolitizadora e uma visão minimalista da política” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 58).

De acordo com Avritzer (2002), no Brasil o processo de luta contra o autoritarismo e de transição para a democracia foi marcado pelo questionamento das práticas dominantes e excludentes; por uma reavaliação de uma tradição cultural ambígua no que diz respeito à democracia e pela defesa de uma nova relação entre Estado e sociedade civil. Em meados dos anos 1990 ocorre no Brasil, o que o autor denomina como surgimento de uma sociedade civil autônoma e democrática.<sup>36</sup>

O autor ressalta que se por um lado, a democratização brasileira pode ser interpretada a partir das mudanças nas práticas dos sujeitos sociais, por outro, ela pode ser analisada sob o ponto de vista da conservação das práticas políticas tradicionais, na medida em que o processo de democratização e a Assembleia Constituinte ocorreram sob o controle dos sujeitos políticos ligados ao regime autoritário.

Segundo Tatagiba (2003), no contexto de crise do Estado autoritário militar, duas importantes forças políticas se apresentaram no debate público. De um lado, os grupos que estavam articulados com os novos movimentos populares e sindical, realizando a crítica ao nacional- desenvolvimentismo e a burocracia estatal; e do outro lado, forças que defendiam as reformas orientadas pelo mercado através de um modelo gerencialista, com enxugamento do Estado como condição de eficácia e eficiência das políticas. No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, essas concepções foram se materializando nas propostas de governo, consubstanciando em dois projetos: o modelo democrático-popular e o modelo gerencial.

---

<sup>36</sup> Para compreender o surgimento dessa sociedade civil autônoma e democrática, o autor faz referência a alguns elementos: o crescimento das associações civis (Boschi, 1987; Santos, 1983; Avritzer, 2000); uma reavaliação da perspectiva de direitos (Dagnino, 1994); a defesa da ideia de autonomia organizacional em relação ao Estado (Costa, 1994; 1997) (AVRITZER, 2002).

Para a autora, o modelo gerencial tem suas raízes nos processos de reforma do Estado, sobretudo a partir dos governos Thatcher e Reagan, frente as demandas colocadas pela reestruturação produtiva e a internacionalização da economia, que atingiria posteriormente os países da Europa e da América Latina. No Brasil, esse modelo se inicia no governo Collor e adquire efetividade teórica e prática apenas no governo de FHC, com o apoio do ex ministro do MARE, Bresser Pereira, que defendia a reforma na dimensão institucional, cultural e de gestão. O modelo democrático popular, por outro lado, buscava a explicitação dos conflitos e divergências por meio da politização da ação prática.

No entanto, nesse cenário marcado pela crise fiscal do Estado, houve uma crescente inserção do modelo gerencial na oferta de serviços sociais evidenciando uma tendência à instrumentalização da participação, bem como do empreendedorismo que chama a sociedade para compartilhar as responsabilidades do Estado, reforçando a lógica do voluntariado (TATAGIBA, 2003). A reflexão acerca dos modelos de gestão-tomados como tipo ideal- permite compreender as relações que se estabeleceram nos interesses entre Estado/sociedade, fundamentalmente, as dificuldades, limites e expectativas quanto à participação.

Em suma, a discussão realizada neste item demonstrou as mudanças de concepções teóricas no debate sobre democracia, as divergências entre os projetos políticos na relação entre Estado/sociedade, demarcando o cenário em que os sujeitos sociais coletivos disputam a definição de participação. Embora seja hegemônica a concepção elitista, bem como a predominância dos projetos autoritário e neoliberal; os limites e as contradições do sistema democrático-representativo estimularam os teóricos a construir outras perspectivas e sentidos na análise da democracia e da participação.

Nesse sentido, o item seguinte fará a discussão sobre os espaços de participação e controle social no Brasil, evidenciando o conjunto de experiências e organizações que emergiram no cenário político do país a partir dos anos 1970 e 1980, no contexto de redemocratização do Estado e disputa pela construção democrática.

## 2.3 PRÁTICAS PARTICIPATIVAS E CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

As décadas de 1970 e 1980 no Brasil foram marcadas por experiências de participação e resistência dos movimentos populares que visavam o fim do regime militar e a abertura democrática no país. No entanto, houve uma tentativa gradual e arbitrária de institucionalizar a vida política, isto é, “uma combinação estável de formas parlamentares limitadas com mecanismos decisórios ditatoriais” (NETTO, 1991, p. 41).

Embora o processo de transição democrática tenha sido feito pelo “alto”, a sua continuidade e avanço apenas foi possível com as pressões da sociedade civil. Diversos sujeitos políticos lutaram pela construção de espaços institucionais democráticos e pela ampliação da participação da sociedade nas decisões estatais, dando novos direcionamentos prático-políticos em suas ações e propostas.

É nessa direção que os grupos, associações e movimentos tinham em comum a luta pela derrubada do regime autoritário e o restabelecimento da democracia formal, mostrando um posicionamento autônomo em relação ao Estado. Segundo Sader (1988) essa nova configuração de classes populares no cenário público contou com a ampliação dos movimentos populares na periferia de São Paulo, o aparecimento de comunidades de base e o crescimento de correntes sindicais que questionavam a tutela do Estado.

O contexto de redemocratização dos anos 1980 expressa uma nova relação entre Estado e sociedade civil a partir de mecanismos diversos de participação. Um dos caminhos possíveis para ampliação da democracia passa a ser a reivindicação da abertura de canais político- institucionais para a participação dos cidadãos nos processos de negociação e discussão das políticas públicas. A conquista normativa dessa reivindicação se deu a partir da Constituição Federal de 1988, que expressa o ideal de descentralização de poder e define por meio de seu Art. 1º que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”.

Nesse cenário em que a democracia é concebida como ideia-conceito institucional e a participação da comunidade é garantida pela constituição, foram feitas importantes alterações no processo de consolidação democrática, no qual são criados novos instrumentos e espaços de participação: conselhos gestores, orçamento participativo; que se expandiram por toda parte do país.

De acordo com Ferraz (2005) as experiências nestes espaços foram objeto de estudos, críticas e debates por diversos sujeitos: militantes, estudiosos, entidades; que buscaram analisar a efetividade dos mecanismos de participação para democratizar a gestão das políticas e ampliar o acesso aos bens e serviços públicos. A preocupação central nessas análises era de compreender a capacidade de interferência dos sujeitos coletivos para construir respostas coletivas aos problemas que se apresentavam.

Nessa proposta de gestão democrática da “coisa pública” um dos mecanismos que viabilizaram institucionalmente a participação popular foram os conselhos gestores. São instâncias amparadas por lei e responsáveis pela discussão e deliberação de políticas públicas em suas áreas afins. A partir da CF/88 e das leis orgânicas de diversas políticas essas instâncias tornaram-se obrigatórias para políticas como assistência social, saúde, criança e adolescente e, desde então, passaram a ser referências para outras políticas.

A criação dos conselhos paritários e deliberativos representou um avanço em relação aos antigos conselhos consultivos e não-paritários criados em algumas cidades brasileiras<sup>37</sup>, que além de não terem poder de decisão sobre as propostas do seu campo específico, foram implantados de forma centralizadora e autoritária, sem representação dos segmentos organizados da sociedade civil, como foi o caso do Conselho da Comunidade Solidária, criado pelo governo FHC (RAICHELIS, 2011).

Ao mesmo tempo que os conselhos são espaços de representação e discussão entre diferentes propostas, podem ser espaços para preservar a gestão política que melhor atenda interesses particulares e/ou governamentais. O ambiente no qual foram legitimados os conselhos foi marcado por diferentes disputas políticas. De um lado, as forças sociais progressistas que buscavam espaços comprometidos com a construção e gestão democrática das políticas públicas. Do outro lado, a pressão de forças sociais conservadoras que queriam um processo decisório unilateral, onde suas pautas tinham centralidade.

---

<sup>37</sup> Gohn (2002) aponta algumas experiências de Conselhos antes da CF/88, como: os Conselhos Populares de Campinas; Conselho Popular de Orçamento em Osasco; Conselho de Pais em Santa Catarina; Conselho de Desenvolvimento Municipal no Espírito Santo.

Nessa direção, Ferraz (2006) ressalta que no período pós-Constituição de 1988, os conselhos foram integrados por um amplo aparato de formalização legislativa, mas precariamente valorizados no âmbito social, ou seja, não foram reconhecidos e respeitados como espaço de participação e decisão da vida política pelo conjunto da sociedade e das instituições responsáveis pelo seu funcionamento.

De acordo com a autora, nas pesquisas realizadas em diferentes estados e municípios do Brasil sobre os conselhos em áreas diversas, mas principalmente na saúde e na assistência social, identificou-se uma perspectiva comum: a reforma do Estado e a institucionalização da participação. Ao passo que os conselhos adentraram o aparato formal do Estado, passaram a exigir dos movimentos sociais e das entidades organizadas da sociedade civil a ocupação deste espaço, perdendo sua capacidade de decisão e interferência na produção de políticas.

Ferraz (2006) ressalta que essa privação se manifesta pela ausência de recursos fundamentais para o seu funcionamento, pelo autoritarismo presente nas discussões e definição de agenda, que na maioria das vezes está centrada na figura do presidente ou secretário, além da capacidade decisória dos representantes governamentais e a tecnoburocratização dos temas. O resultado disso é um crescente esvaziamento físico e político da instância, já que as principais decisões passam a ocorrer em outros setores (comissões intergestores, negociações privadas), limitando ou excluindo a participação do conselho no processo decisório.

Esse processo de esvaziamento evidencia uma concepção de participação democrática restrita e elitista, em que o privilegiamento dos modelos tradicionais de processamento das decisões reitera a exclusão política dos movimentos sociais e entidades representativas da sociedade civil (...) a privação da capacidade interventiva, o papel de contenção da participação e o consequente esvaziamento destes espaços se realizam em contextos de consolidação formal das instituições democráticas, de hegemonia do pensamento neoliberal e de ampla redução da capacidade interventiva do Estado (...) (FERRAZ, 2006, p. 64-65).

Nesses conselhos, por serem espaços de discussão e implementação de políticas públicas, apresentados nas esferas nacional e estadual, identifica-se uma contradição ao definir as necessidades: uma priorização da competência técnica em detrimento do debate político. Essa inversão entre o técnico e o político pode transformar o conselho em um espaço de discussão para especialistas, além de inibir a participação dos representantes da sociedade, fragilizando a construção coletiva de políticas que

poderiam atender efetivamente as necessidades da população. A despolitização das discussões é apontada como um dos grandes entraves na dinâmica dos conselhos (TATAGIBA, 2002; CÔRTEZ, 2009).

Ao tratar da despolitização as autoras apontam para a tendência a uma participação branda e não-crítica que mantêm limites rígidos ao avanço do diálogo entre públicos e instituições no que concerne à democratização da decisão. Porém, a ausência de debate, negociação e contestação no interior do conselho, muitas vezes está relacionada à imposição unilateral dos interesses temáticos do Estado e a centralização do poder executivo na definição das pautas, que pode configurar à uma politização de outro tipo, isto é, os atores dominantes nesse processo manipulam e apropriam do espaço de forma a garantir seus interesses.

Ao mesmo tempo que os conselhos se constituem como arena para expressar demandas, tensões, denúncias, são espaços de submissão política, cerceamento da participação, relações hierárquicas, clientelistas e autoritárias que levam ao esvaziamento desse espaço público e impossibilita seu potencial democratizante. Nessa perspectiva, os conselhos deixam de cumprir a articulação entre Estado e sociedade civil acerca das propostas coletivas e tornam-se espaços de contenção de conflitos (FERRAZ, 2006).

No Brasil, a participação surge como demanda da sociedade civil ainda no cenário da luta pela afirmação das liberdades democráticas, com traços característicos quando comparada com as experiências da América Latina. Nas décadas posteriores, com ascensão dos governos de esquerda no plano municipal seria possível experimentar modelos participativos, sobretudo com modelos institucionais (conselhos e orçamento participativo), que levaria o Brasil a se tornar referência nos debates internacionais sobre participação (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014).

Segundo as autoras, quando Lula assumiu a presidência, em 2003, muitas pessoas criaram expectativas de que seu governo realizaria uma ampla reforma democrática do Estado, reproduzindo na esfera nacional, as diversas ações implementadas pelo Partido dos Trabalhadores (PT) em gestões municipais. Dando continuidade à essas experiências, a gestão Lula criou novos conselhos nacionais de políticas públicas, além de fortalecer os que já existiam. No entanto, seria um equívoco atribuir todos esses avanços a um compromisso da Presidência com a participação sem levar em

conta as pressões dos movimentos sociais e a inserção de militantes no interior dos ministérios.

Movimentos sociais e atores estatais experimentaram criativamente com padrões históricos de interação Estado-sociedade e reinterpretaram rotinas de comunicação e negociação de formas inovadoras. Ativistas que assumiram cargos na burocracia federal frequentemente transformaram agências governamentais em espaços de militância nos quais continuaram a defender bandeiras desenvolvidas previamente no âmbito da sociedade civil (...) No governo Lula, o mote da "participação da sociedade" abriu espaço para a combinação mais criativa de diferentes práticas e rotinas, ampliando as chances de acesso e influência dos movimentos sobre o Estado, obviamente com variações setoriais importantes. Visto sob a ótica das relações Estado/movimento, o governo ampliou as possibilidades de combinações novas e criativas em relação aos padrões estruturais de interação (...) (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014, p. 326).

Mesmo estreitando as relações entre Estado/ movimento social, não significa dizer que essas combinações resultaram necessariamente em ampliação do acesso aos direitos, atendimento das agendas do movimento em curto prazo ou fortalecimento das redes movimentalistas no longo prazo. As autoras ressaltam que essa variação pode ser explicada por dois fatores: padrões históricos de relação Estado/movimentos em cada setor, que expressa a heterogeneidade do Estado brasileiro, e a abertura no contexto do governo Lula a um experimentalismo inédito resultante da presença de aliados dos movimentos em postos-chave no interior do Estado (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014, p. 327).

Fica evidente, portanto, que o governo Lula não tinha um projeto centralizado que apontava para a institucionalização de políticas participativas. Ao contrário, com as iniciativas e experiências participativas que já existiam em várias áreas da política (antes de Lula) novas ações foram disseminadas em seu governo, como resultado da maturidade e articulação de movimentos sociais brasileiros com ativistas e aliados que assumiram postos de trabalho dentro de alguns cargos do governo.

Foi possível experimentar mudanças no desenho institucional do Estado a partir de mecanismos de participação política (como os conselhos), alterando a relação entre Estado e sociedade, bem como o processo de organização dos trabalhadores e dos movimentos sociais. No entanto, reforça Ferraz (2006), a constituição destes mecanismos não é suficiente para assegurar que tais alterações possam direcionar e



transformar efetivamente as estruturas de poder, de partilha e construção de resistências.

Faz-se necessário reconhecer que as arenas de participação institucional ainda se apresentam muito limitadas. A questão que prevalece é se os sujeitos políticos dentro e fora do Estado poderão construir estratégias de organização política capazes de abranger as demandas da classe trabalhadora e realizar lutas pertinentes para alteração da correlação de forças dentro do quadro atual. Nesse sentido, o próximo item busca compreender quem são os sujeitos, suas intencionalidades políticas, os movimentos sociais que tem direcionado a luta no campo da saúde, e, talvez, no espaço dos conselhos.

## 2.4 LUTAS SOCIAIS E MOVIMENTOS EM DEFESA DO SUS

Após intensas mobilizações e articulações dos movimentos sociais na década de 80 e início de 1990 em defesa da legalidade dos direitos sociais e participação nas políticas públicas, as lutas em torno das políticas passaram a ocorrer na esfera dos conselhos gestores e conferências. A sociedade civil passou a ocupar espaços de representatividade dentro do Estado e as disputas aconteceram, sobretudo, dentro dos mecanismos de participação institucionalizada. A luta, portanto, era pela efetivação prática das leis.

Para Correia (2005) a efetividade do controle social encontra entraves também nos âmbitos econômicos e políticos, dada as negociações com organismos financeiros internacionais, contratação de novos empréstimos e refinanciamento da dívida externa que impacta diretamente a definição do orçamento público. Esses limites são determinados pela própria dinâmica do capital, que em momentos de crise, busca nos recursos públicos o subsídio para sua reprodução ampliada.

É dentro deste limite maior da sociedade do capital que está situado o controle social em sua contraditoriedade- o controle da classe dominante para manter o seu domínio, e as estratégias de controle das classes subalternas na busca da construção de sua hegemonia-, e os Conselhos gestores, enquanto instrumentos de tal controle, dentro dos limites dos mecanismos da democracia burguesa (CORREIA, 2005, p. 76).

Os anos de 1990 foram marcados pelo redirecionamento do papel do Estado no contexto de avanço dos ideários neoliberais. A redução dos direitos sociais, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência social, o sucateamento da política de saúde, enquanto estratégia dessa hegemonia neoliberal tende a enfraquecer os espaços de controle social e de representação coletiva.

A construção do SUS, fruto da luta do Movimento pela Reforma Sanitária, foi fortemente atacada por agências internacionais que postularam a restrição do papel do Estado e dificultaram a consolidação legal do SUS, inclusive no âmbito da garantia de uma política descentralizada e participativa, conforme previsto nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (CORREIA, 2005). O projeto econômico neoliberal confronta-se diretamente com os princípios da reforma sanitária, pois, seu objetivo é realizar ações mínimas de saúde, com caráter focalizado para atender aquele cidadão que não pode pagar pelo serviço, através de programas precários e excludentes.

São muitos os desafios para aqueles que defendem o projeto da reforma sanitária e fazem parte do movimento de luta em defesa do SUS, que na década de 1990, apresentaram uma postura defensiva e de resistência frente aos ataques à saúde. Essa postura se materializou em algumas conferências que foram realizadas nos anos seguintes. No ano de 2003 aconteceu a 12ª Conferência Nacional de Saúde com o tema: “A saúde que temos e a saúde que queremos”, além de outras conferências temáticas que debateram a saúde do trabalhador, educação em saúde, saúde indígena.

O 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, realizado em 2005, contou com a presença de mais de 800 participantes e teve como tema central: “SUS- o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção”. Dentre os participantes estavam diversas entidades da saúde, representantes da população usuária, trabalhadores do SUS, representantes da Frente Parlamentar de Saúde e prestadores de serviços, cujo objetivo era formular propostas de compromisso com os princípios da universalidade do acesso e integralidade das ações em saúde (BRAVO; MENEZES, 2008).

Em 2005 ainda, ocorre a criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira que possibilitou a realização de várias reuniões com sujeitos políticos coletivos do Movimento pela Reforma Sanitária, entre 2005 e 2010. Em 2006, foi organizado o Encontro Nacional de Conjuntura e Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) que tinha por objetivo fortalecer o projeto da reforma sanitária e pensar um novo campo político de ações e estratégias que articulassem as lutas no campo da saúde, como o financiamento e a alteração do modelo assistencial. No entanto, estas ações não avançaram efetivamente. A partir de 2007 são criadas as Fundações Estatais de Direito Privado, instituídas pelo poder público e sem fins lucrativos, com proposições de enfrentamento bem sérios e preocupantes para os defensores do SUS.

Ainda em 2007, foi realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde, que apresentou como tema central “Saúde e Qualidade de Vida”, cuja proposta era apresentar estratégias de participação social no enfrentamento dos desafios postos no cenário atual, a fim de garantir a real efetivação do SUS. Essa Conferência expressou a rejeição da criação das Fundações Estatais do Direito Privado, apontando a urgência no aprofundamento das políticas universais e da autonomia dos conselhos de saúde frente ao governo (BRAVO; MENEZES, 2008).

No ano de 2010, o Fórum da RSB apresenta à presidente eleita, Dilma Rousseff, o documento: “A agenda estratégica para a saúde no Brasil”, que tinha como objetivo a proposição de diretrizes para a política de saúde no período de 2011-2014. A agenda estratégica identificou alguns problemas no setor da saúde que estariam ligados a governança, organização e funcionamento da saúde.

Para isso, foram apontados cinco diretrizes para a área: 1) saúde, meio ambiente, crescimento econômico e desenvolvimento social; 2) garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade; 3) investimentos para superar a insuficiência e a ineficiência; 4) institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde; 5) complexo econômico e industrial da saúde (SILVA, 2014, p.164).

De acordo com a autora, este documento expressa a adesão do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira às ideologias da pós-modernidade e do neodesenvolvimentismo, haja vista que sua agenda se detém no cotidiano do SUS, sem apresentar discussão e propostas que priorizem as conexões estruturais, tais como: totalidade, modo de produção, classe social. Além disso, o documento não utiliza em nenhum momento a expressão “Reforma Sanitária” e deixa em aberto o debate dos novos modelos de gestão.

O projeto do grande capital não considera a saúde como direito universal, mas como serviço que deve ser comprado na esfera privada. O fortalecimento desse projeto privatista se dá através da renúncia fiscal e do subsídio para favorecer a expansão dos planos e seguros privados de saúde; a isenção de impostos aos grandes hospitais privados; desonerações fiscais para produção e importação de equipamentos e insumos biomédicos, além do repasse de recursos públicos para pagamento de planos privados para funcionários públicos (MENEZES, 2016).

Para a autora, o SUS tem se transformado em um Sistema Nacional de Saúde totalmente dependente do setor privado, no qual, os serviços que são interessantes para o capital tornam-se mercadorias e fonte de grande lucro aos grupos econômicos que fazem da saúde espaço para negócios. As ações públicas estatais se reduzem a práticas focalizadas e excludentes, voltadas a grupos e regiões menos favorecidas, evidenciando um enorme distanciamento dos princípios constitucionais de universalidade e integralidade.

Contudo, é nessa dinâmica de não implantação do sistema público e transformação de um bem coletivo em um produto do mercado, que a defesa do SUS contra os ataques neoliberais ganha novos contornos na sua história. Em 2010 nasce um movimento de defesa da saúde pública estatal no Brasil, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, denominada inicialmente de “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) n. 1.923/98”. A Frente, que se constitui como um movimento contra- hegemônico, foi criada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro em novembro de 2010.

Segundo Bravo (2012) a Frente surgiu a partir da articulação de quatro fóruns de saúde: Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná e São Paulo, em um seminário no Rio de Janeiro, no qual participaram mais de 500 pessoas. Durante o encontro, foi possível articular com fóruns de outras localidades que até então a Frente desconhecia, como foi o caso do Rio Grande do Norte. Representantes de outros estados saíram com o compromisso de criar novos Fóruns. No que diz respeito ao direcionamento e princípios da Frente:

Temos como princípios fundamentais a defesa do SUS 100% público, estatal e de qualidade e uma posição contrária à privatização da saúde. A Frente remonta historicamente à reforma sanitária construída nos anos 1980, que articulava uma perspectiva mais ampla da saúde, a partir da determinação social do processo saúde-doença e de uma discussão sobre um novo projeto

societário. Infelizmente, a maioria dos históricos desse período tem defendido a reforma flexibilizada. Mas nós, da Frente, a defendemos nas suas origens. Somos uma Frente suprapartidária, numa perspectiva de esquerda, que busca unificar as lutas em torno da reforma sanitária dos anos 1980 (BRAVO, 2012, online).

A autora aponta alguns dos eixos estruturantes da Agenda para a saúde, que expressa as propostas para questões identificadas como problemas que dificultariam a efetivação do SUS, bem como as propostas para a garantia da saúde como direito, instituída constitucionalmente nos anos 1980.

A determinação social do processo saúde-doença, ou seja, a saúde sendo vista num contexto mais amplo das desigualdades sociais; a discussão sobre gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde, ou seja, gestão pública e dinheiro público só para serviço público; modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; política de valorização do trabalhador da saúde e efetivação do controle social (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 73).

A Frente defende a necessidade de condições materiais para efetivar o SUS, é contra a inserção dos novos modelos de gestão<sup>38</sup>, o que implica a ampliação de recursos para a saúde sob o controle do Estado, com efetivo controle social. A realidade aponta o contrário, o que está em vigência é o fundo público a serviço do financiamento do setor privado, seja com a compra de serviços privados pela rede pública; ou por convênios, não alocando recursos públicos para ampliar os serviços públicos, seja através do repasse da gestão, bens, patrimônio, servidores e recursos públicos para entidades privadas (BRAVO; MENEZES, 2011).

Segundo Soares (2010), essa tendência é coerente com as recomendações dos organismos financeiros internacionais, que tem como objetivo o ajuste estrutural, com fortalecimento do setor privado na oferta de serviços públicos. Para as autoras, o Estado brasileiro, que deveria cumprir as funções de coordenar, financiar e executar as políticas públicas, segue o modelo de administração pública gerencial que foi proposto pelo MARE, desde o governo de FHC, com as propostas de enxugamento do Estado, a partir das parcerias público-privadas, gestão não exclusiva do Estado, livre mercado.

Por isso, a Frente ressalta a necessidade de ampliação da gestão participativa e democrática do sistema público de saúde, articulando com o Ministério Público e

---

<sup>38</sup> A discussão acerca dos novos modelos de gestão será aprofundada no próximo capítulo deste trabalho.

outras instâncias de representação popular, a fim de impedir a aprovação de projetos que visem privatizar a saúde. O desafio também, é que os conselhos gestores de outras políticas somem forças com os conselhos de saúde, construindo uma agenda única para o enfrentamento das expressões da questão social, além de fortalecer os espaços autônomos de controle social, como os fóruns de saúde nos estados e seus núcleos no município.

Nesse sentido, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde aponta como tarefas<sup>39</sup> essenciais para enfrentar o desmonte da saúde pública: a defesa de um SUS público, 100% estatal e de qualidade; recusa a qualquer proposta que flexibilize os ideários do movimento da reforma sanitária brasileira; revogação imediata das contrarreformas e retrocessos da agenda neoliberal que foi intensificada com o Governo Temer (trabalhista, terceirização irrestrita, EC 95/2016)<sup>40</sup>; o fortalecimento do trabalho de base e a unidade da luta dos trabalhadores para derrotar o ilegítimo Governo Temer e tecer bases para a construção de uma outra sociabilidade (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2017).

Não obstante, as estratégias dos Fóruns e da Frente<sup>41</sup> para a construção de uma nova hegemonia na saúde retoma as propostas da Reforma Sanitária dos anos 1980. Atualmente as ações estão articuladas no campo jurídico, no parlamento, no conjunto da sociedade, nas ruas, no controle democrático do controle social, no âmbito da formação, nos meios de comunicação e no trabalho de base (MENEZES, 2016).

No campo jurídico, os Fóruns e a Frente atuam através de ações civis públicas, Ação Direta de Inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e suas implementações. No âmbito do parlamento, articulam e pressionam os parlamentares

---

<sup>39</sup> Em agosto de 2017, a FNCPS elaborou uma nota para divulgação na 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres e, além de trazer posições da organização quanto ao tema da Saúde da Mulher, levou alguns apontamentos sobre a política de saúde e o SUS em geral.

<sup>40</sup> A respeito das contrarreformas e retrocessos com o Golpe parlamentar do Governo Temer, vide capítulo 1.

<sup>41</sup> Os Fóruns e a Frente são espaços que buscam articulação política, comunicação e mobilização com o objetivo de unificar as lutas e articular ações em defesa do Sistema Único de Saúde. Os fóruns estão espalhados por diversos estados brasileiros e geralmente são constituídos por sindicatos, movimentos sociais, partidos, grupos de pesquisa, diretórios acadêmicos e integram a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Já os conselhos de políticas públicas são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos (gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam o 'controle social' (CORREIA, 2000).

na tentativa de impedir a aprovação dos Projetos de Lei que privatizam a saúde. Além disso, participam das manifestações nas câmaras de vereadores e assembleias legislativas nas sessões de votação dos Projetos de Lei que objetivam o desmonte do SUS.

Inserem o debate da privatização no conjunto da sociedade, a partir de debates, atos, manifestações, como forma de apresentar os prejuízos que este processo tem trazido aos trabalhadores e usuários da política de saúde. No campo da comunicação, os fóruns e a frente tem produzido material no sentido de apresentar à opinião pública os prejuízos da privatização.<sup>42</sup> A formação é outro eixo de atuação dos fóruns e frente, com a realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalhos de extensão em torno da saúde pública. Além disso, pressionam os mecanismos institucionais de controle social para que se posicionem contra os novos modelos de gestão.

Durante toda 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), houve uma dura disputa política entre os defensores do SUS público e sob a administração direta do Estado e os que defendem os novos modelos de gestão privatizantes. A Frente conseguiu aprovar importantes propostas, isto é, os delegados rejeitaram todas as formas de privatização da saúde: Organizações Sociais (OS), Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público privadas (PPP). Entretanto, na Plenária Final dessa conferência, houve por parte das forças aliadas ao Ministério da Saúde uma manobra na tentativa de não dar visibilidade à sociedade às importantes propostas aprovadas na 14ª CNS contra todas as formas de privatização contempladas no relatório final (MENEZES, 2016, p. 184).

Segundo a autora, a estratégia utilizada para despolitizar a Conferência e omitir os posicionamentos contra a privatização foi a aprovação de uma “Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde”, que contemplava demandas importantes, mas ocultou o posicionamento contra os “novos” modelos de gestão privatizantes. Publicaram a carta na página do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na mídia em geral, e não o Relatório Final que continha as decisões democráticas realizadas nas 4.200 conferências municipais, 27 estaduais e a do Distrito Federal, sem contar que

---

<sup>42</sup> Os documentos “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” e “Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH” têm sido utilizados com esse fim.

esta Carta não estava prevista no regulamento nem no regimento da conferência nacional.

Outro campo que tem sido destacado pelos Fóruns é a importância do trabalho de base, pois a partir da burocratização de alguns sindicatos e partidos, a formação política foi negligenciada. Por isso, os fóruns têm realizado Conferências Populares de Saúde, resgatando experiências dos anos oitenta.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde é inovadora por conseguir articular diversas entidades na luta pela saúde, como já foi mencionado anteriormente, se destaca também pelas denúncias frente às ofensivas neoliberais, contra a mercantilização da saúde e a defesa da construção de uma frente anticapitalista. Para isso, é necessário mobilizar, organizar e potencializar os movimentos sociais, os partidos políticos, os sindicatos, unificando a resistência contra o projeto privatista e contra o projeto do capital.

Por isso, este trabalho busca compreender o papel que o conselho de saúde tem desempenhado no processo de privatização, isto é, suas estratégias e articulações com outros movimentos sociais na resistência ao projeto hegemônico atual, além de entender como o conselho tem se envolvido na discussão e definição dos contratos dos “novos” modelos de gestão para as unidades e equipamentos de saúde no município de Uberaba/ MG. Nessa direção, o próximo item abordará o processo de mercantilização da saúde, a partir dos modelos privatizantes, evidenciando as consequências dessa lógica de gestão para o conjunto da sociedade.



## FIGURA 1- ESFARRAPADOS DO MUNDO

AOS ESFARRAPADOS DO MUNDO  
E AOS QUE NELES SE  
DESCOBREM E, ASSIM  
DESCOBRINDO-SE, COM ELES  
SOFREM, MAS, SOBRETUDO,  
COM ELES LUTAM.

**Fonte:** (Paulo Freire, 2005).

## **CAPÍTULO 3 O SUS ENTRE O ESTADO E O MERCADO**

### **3.1 A AGENDA DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS NO PROCESSO DE CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE**

A fase caracterizada pela hegemonia neoliberal apresenta suas primeiras iniciativas ao final dos anos 1970 inicialmente com os governos Thatcher na Inglaterra, Reagan nos EUA e Pinochet na periferia do capital, mas se fortalece no final dos anos 1980 com o Consenso de Washington, enquanto modelo de desenvolvimento elaborado pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional que preconizava as seguintes medidas: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, eliminação das restrições ao investimento estrangeiro, privatização das estatais, desregulamentação econômica e trabalhista (MARQUES, 2010, p.7).

Harvey (2005), Chesnais (2005) e Dumenil e Levy (2005) apontam que a direção da virada neoliberal se dá a partir da retomada da hegemonia da burguesia. Com a vigência do Estado de Bem Estar no 2º pós-guerra, a burguesia permitiu uma distribuição mais ampla do fundo público, o que se deve também ao avanço na organização dos trabalhadores. Assim, o fundo público possibilitou a proteção ao emprego e o atendimento de algumas demandas dos trabalhadores, ao mesmo tempo que permitiu a reprodução ampliada do capital.

No entanto, a crise dos anos 1970 modificou essa situação e acarretou perdas para a burguesia. Para Harvey (2005) as políticas neoliberais surgem para restabelecer as condições de acumulação do capital e o poder das elites econômicas. Embora não tenham obtido sucesso na primeira medida, no que diz respeito à estabilidade do crescimento econômico, foram eficazes na segunda medida, aumentando expressivamente as desigualdades sociais no mundo todo. Segundo o autor, antes da Segunda Guerra, 1% da população mais rica dos EUA concentrava 16% da renda nacional e passou para 8% no pós-guerra. Com a neoliberalização o 1% mais rico voltou a deter 15% da renda nacional no fim do século.

Os EUA foram dominantes e hegemônicos no sentido da sua posição como Estado superimperialista e estiveram aliados em favor das classes proprietárias e das elites

dominantes por todo o mundo: “o país se tornou o principal protagonista da projeção do poder burguês por todo o globo” (HARVEY, 2005, p. 53).

No entanto, ameaçados no campo da produção, os EUA reagiram afirmando sua hegemonia através das finanças, que para funcionar de forma eficaz, exigia que os mercados em geral se abrissem ao comércio internacional. Para isso, o equilíbrio de poder e interesses da burguesia nas atividades produtivas foi transferido para as instituições de capital financeiro, que interferiu tanto nos movimentos sociais como nas atividades do Estado.

O endividamento crônico do Estado gerou todo tipo de oportunidades de atividade especulativa, o que, por sua vez, tornou o poder do Estado mais vulnerável a influências financeiras. Em suma, o capital financeiro passou ao centro do palco nessa fase de hegemonia norte- americana, tendo podido exercer certo poder disciplinar tanto sobre os movimentos da classe operária como sobre as ações do Estado, em particular quando e onde o Estado assumiu dívidas de monta (HARVEY, 2005, p. 59).

Alguns liberais (Hayek; Friedman) sustentaram a falsa ideia de que o Estado teria, nesse período, deixado de intervir na economia e na sociedade, retomando o liberalismo clássico do século XIX, quando na verdade o Estado se impõe enquanto agente dos interesses da burguesia na retomada das taxas de lucro. Dumenil e Levy (2005) afirmam que o Estado não perde toda sua função, na verdade, o neoliberalismo se desenvolveu sob a proteção do Estado. Netto, elaborou uma afirmativa que se tornou recorrente entre os teóricos brasileiros que realizam a crítica ao neoliberalismo: um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital (NETTO, 1995).

Para Netto (2012) as exigências imediatas do grande capital estão ancoradas na tríade de seu projeto restaurador que são: a flexibilização (da produção e das relações de trabalho), a desregulamentação (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e a privatização (do patrimônio estatal). A privatização transferiu ao capital parcelas consideráveis da riqueza pública, especialmente nos países periféricos, mas não exclusivamente; a desregulamentação liquidou as proteções comerciais alfandegárias dos Estados mais precários e deu liberdade ao capital financeiro para realizar ataques especulativos contra economias nacionais.

Chesnais (1996) denomina essa fase de mundialização do capital<sup>43</sup>, que foi antecedida pelo imperialismo e o período fordista, apesar de algumas características se manterem, como a centralização, concentração do capital e o papel do Estado, que refere ao capitalismo monopolista, como já foi aprofundado nas discussões de Mandel e Netto. Entretanto, Chesnais ressalta que o estilo de acumulação se altera, passando a ser dado pelas “novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (os fundos mútuos e fundos de pensão), cuja função é frutificar principalmente no interior da esfera financeira” (1996, p. 15).

O autor afirma que é na produção que se cria riqueza, mas é a esfera financeira que comanda a destinação e repartição dessa riqueza social. Essa dinâmica específica da esfera financeira se justifica por dois diferentes mecanismos: a inflação do valor dos ativos, isto é, a formação de capital fictício e as transferências efetivas de riqueza para a esfera financeira, principalmente com transferência do fundo público a título de pagamento da dívida pública dos Estados. Os Estados passam agir em conformidade com as definições dos seus credores: os fundos de aplicação privados (os “mercados”) (CHESNAIS, 1996, p. 15).

É evidente que a financeirização é elemento essencial do capitalismo neoliberal, que determina a “mundialização financeira” nos termos de Chesnais ou o “novo imperialismo” nos termos de Harvey, da qual advém as características contemporâneas dessa sociedade.

A mundialização do capital e o capital financeiro são defendidos por instituições financeiras internacionais que representam os interesses dos países mais poderosos do mundo, hierarquizando e subordinando os demais Estados nacionais. O abismo que separa os países da dominação econômica e política do capital rentista daqueles que sofrem essa dominação, intensificou ainda mais; haja vista que a mundialização altera também as relações políticas<sup>44</sup> e estas são agora entendidas como “relações internas às burguesias imperialistas “ (CHESNAIS, 1996, p. 19).

---

<sup>43</sup> A expressão “mundialização do capital” é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês “globalização”, que traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta “globais” (CHESNAIS, 1996, p. 17).

<sup>44</sup> Os fundamentos da mundialização atual são tanto políticos como econômicos. É apenas na vulgata neoliberal que o Estado é “exterior” ao “mercado”. É preciso recusar as representações que gostariam que a mundialização fosse um desenvolvimento natural. O triunfo atual do “mercado” não poderia ser

Para Dumenil e Levy (2005) a esfera financeira do capital também reproduz relações de dependência entre o capitalismo central e periférico, já que as finanças de mercado são agora mais intensificadas, excludentes e concentradas do que em períodos anteriores. Os países periféricos não possuem empresas com capacidade de atuar nos mercados dos países industrializados, nesse sentido, ficam submissos e supervisionados pela esfera financeira, além de serem fundamentais na captação desses mercados, pois seus impostos diretos e indiretos são transferidos para o setor financeiro a título de pagamentos dos juros da dívida pública.

Não bastasse alterar o fundo público nacional para atender a esfera das finanças, a dívida pública aprofunda ainda mais a relação de dominação dos países centrais sobre os periféricos. Os organismos multilaterais de crédito como o FMI e o BM passam a intermediar e fornecer empréstimos aos países membros em crise, e exigem em contrapartida a realização de planos de estabilização econômica e ajustes estruturais e setoriais

O esforço que o Banco Mundial tem feito para imprimir e consolidar uma nova dinâmica nas relações internacionais, fundamentada em princípios liberais e, conseqüentemente, redefinindo os papéis dos Estados Nacionais, pode ser verificado nas mudanças promovidas em sua pauta de financiamento, nas exigências financeiras e políticas, expressas nos acordos de empréstimos, nas suas normas operativas e nas modalidades de financiamento que prioriza para os países prestatários (RIZOTTO, 2000, p. 106).

Segundo a autora, no Brasil, estes empréstimos envolveram inicialmente o setor da agricultura e de exportação, sendo que o acordo de empréstimo não exigiria apresentação de projetos, mas apontaria algumas condições, principalmente em amplas políticas no campo econômico. Dentre essas condicionalidades compreendia a reforma bancária, desregulação do crédito rural e maior privatização.

Rizotto (2000) aponta quatro categorias que sintetizam as propostas contidas nos programas de ajuste do Banco Mundial. Primeiramente, a *política comercial e de preços* que tem por objetivo rever a proteção concedida ao setor industrial dos países periféricos. A abertura econômica para o mercado internacional e a redução dos subsídios forçaria as indústrias nacionais a tornarem-se mais competitivas, através do aumento da produtividade, que na realidade objetiva a “diminuição dos custos de

---

feito sem as intervenções políticas repetidas das instâncias políticas dos Estados capitalistas mais poderosos (CHESNAIS, 2000, p. 10).

produção, racionalização do processo de trabalho, flexibilização da mão-de-obra, novos processos produtivos, aumento do desemprego e perda de conquistas sociais” (RIZOTTO, 2000, p. 110).

Outra proposta é a *política de investimentos públicos*, que orienta os países em programa de ajuste estrutural a priorizar e canalizar os seus recursos em projetos que contribuam para melhorar a balança de pagamentos, isto é, setores de produtos exportáveis. Na mesma direção, o Banco instituiu a *política orçamentária* que recomendava uma diminuição radical nos investimentos produtivos, leia-se, subsídios para o consumo e verbas para os programas sociais. Por fim, as *reformas institucionais*, necessárias para ampliar os níveis de rentabilidade e eficiência das empresas públicas (RIZOTTO, 2000).

Segundo Correia (2005) a aproximação do Brasil com as instituições de Bretton Woods, é marcada pela Conferência de 1944, onde o Brasil participou como um dos seus signatários. No segundo governo de Getúlio Vargas o FMI avalizou um empréstimo para o país em um banco norte-americano, que tinha como condicionalidade o equilíbrio da balança de pagamentos, com ampliação das exportações e redução das importações.

Netto (2007) ressalta que o Estado pós-64 foi essencialmente antidemocrático e antinacional, funcional ao capitalismo monopolista que tem como virtude a concentração e centralização do capital. Assim, a solução encontrada pelos governos da ditadura para resolver a questão do financiamento interno para expansão do capital foi a financeirização da economia brasileira. O Estado brasileiro rompeu com a possibilidade de um projeto de desenvolvimento nacionalista para atender os desígnios do capital, e essa aliança foi perceptível a partir dos acordos que o Estado brasileiro estabeleceu com o BM, o FMI e o governo norte-americano no apoio ao golpe militar.

As medidas que foram estabelecidas neste período para a expansão capitalista foram: a revogação da Lei de Remessas de Lucros, adoção de uma política de redução do déficit público e controle de crédito, supressão de subsídios, controle de preços, redução da taxa de câmbio, fim da estabilidade no emprego, política de redução salarial (CORREIA, 2005, p. 95). Com a eleição no Congresso Nacional de Tancredo Neves, o período de ditadura foi encerrado e inicia-se a transição democrática. Com

sua morte, o vice-presidente José Sarney assume e desenvolve uma política econômica sem os ditames do FMI.

No entanto, em 1988, o Brasil retoma as negociações com o FMI, solicitando novos empréstimos e propondo a liberalização da economia, isto é, buscou redefinir o papel do Estado na economia. Segundo a autora supracitada, a vitória de Collor em 1989 representou a adesão do Brasil ao alinhamento das propostas dos EUA, no que diz respeito a redução do papel do Estado e a privatização das instituições públicas. Enquanto nos países desenvolvidos a influência neoliberal ocorreu na década de 1970, no Brasil esse processo aconteceu na virada dos anos 1990, durante a presidência de Collor.

As marcas da influência neoliberal se intensificaram a partir do governo de FHC que visava a desregulamentação da economia via flexibilização das ações estatais. Nessa direção, convém dizer que “o Estado renuncia seu papel regulador e provedor, deixando esses serviços à mercê das livres forças do mercado” (CORREIA, 2005, p. 99).

O FMI exigia do Brasil o ajuste estrutural, a reforma do Estado e a liberalização da economia, o que implicou diversas mudanças na Constituição Federal de 1988, como foi o caso do artigo 170 que tinha por objetivo proteger a indústria nacional distinguindo a empresa brasileira da empresa estrangeira de capital nacional, entretanto, sua alteração<sup>45</sup> permitiu que empresas de capital estrangeiro fossem consideradas empresas brasileiras e desfrutassem das mesmas vantagens, inclusive recorrer aos recursos do BNDES. A alteração do Art 177 implicou a quebra do monopólio estatal

---

<sup>45</sup>No Artigo 170, o inciso IX estabelecia sobre o “tratamento favorecido para as empresas brasileiras de capital nacional de pequeno porte” sendo alterado pelo seguinte texto: IX “tratamento favorecido para as empresas de pequeno porte constituídas sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no País”. No artigo 177, seu § 1º estabelece que “o monopólio previsto neste artigo inclui os riscos e resultados decorrentes das atividades nele mencionadas, sendo vedado à União ceder ou conceder qualquer tipo de participação, em espécie ou em valor, na exploração de jazidas de petróleo ou gás natural, ressalvado o disposto no art. 20, § 1º, foi alterado para “A União poderá contratar com empresas estatais ou privadas a realização das atividades previstas nos incisos I a IV deste artigo, observadas as condições estabelecidas em lei”. Por fim, o Artigo 21 em seu inciso XI que estabelece “XI - explorar, diretamente ou mediante concessão a empresas sob controle acionário estatal, os serviços telefônicos, telegráficos, de transmissão de dados e demais serviços públicos de telecomunicações, assegurada a prestação de serviços de informações por entidades de direito privado através da rede pública de telecomunicações explorada pela União” foi alterado por “XI - explorar, diretamente ou mediante autorização, concessão ou permissão, os serviços de telecomunicações, nos termos da lei, que disporá sobre a organização dos serviços, a criação de um órgão regulador e outros aspectos institucionais” (BRASIL, 1995).



do petróleo e a mudança no Art 21 permitiu que empresas nacionais e estrangeiras prestassem serviços de telecomunicações.

O governo de FHC aderiu às propostas neoliberais assegurando a implementação do projeto político do grande capital. Os ajustes neoliberais resultaram em um agravamento da situação social, com elevação das taxas de desemprego, diminuição dos salários e aumento da exclusão social, evidenciando um Estado dócil aos ditames neoliberais, ou seja, submetido profundamente a lógica do mercado.

Em 1991, o Banco Mundial lançou um documento afirmando que o setor público no Brasil estava mal orientado e ineficiente, sobretudo na área de prestação de serviços, dedicando muitas páginas a essa avaliação. Mesmo reconhecendo os problemas políticos e administrativos que permeiam as instituições públicas do país, Rizotto (2000) chama atenção para a análise generalizada e redutiva da situação do setor da saúde realizada pelo Banco, já que em momento algum as questões assinaladas apontam os limites e as possibilidades do processo de implementação do SUS nos âmbitos locais e regionais.

Além disso, as propostas<sup>46</sup> formuladas por instituições externas, supostamente neutras, não conseguem resolver os problemas reais que o país enfrenta, ainda que os estudos sejam feitos por consultores brasileiros pagos pelo BM. Nesse sentido, a autora ressalta que as críticas aos questionamentos expressos nesses documentos devem ser feitos em dois sentidos:

primeiro, o diagnóstico que lhes dá suporte reflete apenas parte da realidade nacional, portanto, as conclusões a que chegam são passíveis de erros e possivelmente fragmentadas; segundo, suas propostas para a saúde gravitam em torno de questões econômicas e se subordinam aos programas de ajuste da economia e da estabilização fiscal, desconsiderando a demanda interna do setor, as conquistas sociais expressas na Constituição Federal de 1988 e, revelando uma descrença na possibilidade da existência de outro projeto, mesmo setorial, que não o da via única, o do consenso criado (RIZOTTO, 2000, p. 159).

---

<sup>46</sup>Flexibilização do SUS; redefinição do papel dos estados federados na gestão do Sistema de Saúde; estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; limitação do acesso à serviços de atenção terciária; controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção de formas de co-pagamentos; ênfase no controle dos resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores público e privado e; do papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, como o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades de saúde e, a fiscalização e o controle médico-sanitário (RIZOTTO, 2000, p. 164).

Destaca-se, portanto, que as instituições financeiras nos últimos anos têm firmado a agenda neoliberal das propostas de ajuste estrutural, interferindo no papel do Estado na operacionalização dos serviços de saúde. O campo da saúde passou a ser relevante para o Banco Mundial devido ao fato desse setor se constituir um importante mercado a ser explorado pelo capital. De acordo com Rizotto (2000), as diretrizes e orientações políticas defendidas pelo Banco Mundial têm por objetivo viabilizar a inserção da iniciativa privada na oferta dos serviços de saúde ao mesmo tempo que redefine o papel dos estados nacionais periféricos.

O financiamento de projetos na área da saúde ocorre mediante a aceitação dos países devedores das condicionalidades definidas pelas agências internacionais, que ao adquirirem legitimidade e se apresentarem como protagonistas no campo da saúde, colocam os países devedores como reféns de suas reformas.

É nessa direção que se identifica uma crescente financeirização do capital no setor da saúde, sobretudo com o “complexo médico-industrial-financeiro”<sup>47</sup>, que vem acelerando a integração de seguros e planos privados, realizando investimento de fundos mútuos e fundos de pensão. Ocké-Reis (2000) aponta alguns dos incentivos governamentais do Estado brasileiro ao setor privado, tanto na fase da sua expansão quanto na fase da sua consolidação:

- permitindo às empresas que as contratavam descontar ou devolver parte de contribuição previdenciária, principalmente baseando-se nos 141 convênios INPS/empresa (que também definiam que os atendimentos mais RSP caros deveriam ser prestados pelo Estado);
- estabelecendo normas que abriram, no campo jurídico, um espaço favorável à sua expansão;
- financiando a juros negativos a construção de instalações físicas hospitalares e a compra de equipamentos médicos, com longo prazo de carência;
- viabilizando o consumo dos serviços privados de saúde, pela dedução do imposto de renda de pessoa física e jurídica, dependendo da orientação da política econômica;
- considerando, enquanto estabelecimentos filantrópicos, diversas empresas médicas que desempenhavam nitidamente atividades lucrativas. Isso implicou em uma série de privilégios no campo fiscal;

---

<sup>47</sup> Termo utilizado por Andreazzi (2012) para caracterizar as atividades industriais e os serviços que fazem parte do setor produtivo de saúde.

- prestando os serviços de saúde de alto custo, como as doenças de longa duração e as cirurgias de alta complexidade, para a clientela da medicina privada (OCKÉ- REIS, 2000, p. 141).

De acordo com Menicucci (2007), no Brasil, em 1981, os gastos da Previdência com o setor privado de saúde passaram de 71,3% para 45,9% em 1987, incluindo pagamentos de prestadores de serviços e os repasses para entidades conveniadas. Não obstante, favoreceram as entidades filantrópicas que cresceram cerca de 76% entre o período de 1981 a 1987.

A partir dos anos 1990 o Banco Mundial lança alguns documentos que sintetizam o conjunto de propostas para a área da saúde no país. O primeiro é de 1991, elaborado após a CF/88 e a aprovação das leis orgânicas da saúde (8.080 e 8.142 de 1990), intitulado “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, que contradiz profundamente os avanços da Reforma Sanitária, já que o BM afirma ser incongruente as realidades fiscais e suas despesas com o que foi preconizado pela CF/88, reforçando a seletividade do acesso como proposta à quebra da universalidade, bem como a cobrança dos usuários através de impostos locais (CORREIA, 2007).

O segundo documento é de 1995 “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, que segue a mesma tendência do documento anterior ao afirmar que a universalização trará aumento significativo nas despesas caso as promessas públicas sejam mantidas. Fica evidente que o objetivo central dos referidos documentos é reduzir a relação custo/ benefício na oferta dos serviços e a defesa de reformas institucionais e constitucionais no setor da saúde.

Um outro documento foi produzido pelo Ministério da Saúde em consonância com as diretrizes do Banco Mundial “Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”. Neste documento o Ministério da Saúde compromete-se a modificar as bases organizacionais do sistema de saúde nacional, a partir de um sistema assistencial privado e regulamentado; subsistemas público e privado funcionando de forma competitiva para estimular a redução de gastos e um inovador sistema de acompanhamento, controle e avaliação (CORREIA, 2007).

O terceiro documento elaborado pelo BM para orientar a política de saúde brasileira é de 2007 “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”, que segundo a autora acima, visava avaliar e apontar propostas para melhorar a gestão e racionalizar o

gasto público do SUS. No entanto, evidencia-se um tecnicismo nos argumentos e recomendações<sup>48</sup> apresentadas neste documento que “omite a pungente questão política que está posta, a ‘busca pelo desempenho’ é a chave, não importando se implica em privatização” (CORREIA, 2007, p. 12). O documento aponta elementos norteadores para o SUS reforçando a desresponsabilização do Estado, com gestão autônoma e descentralizada em modelos de gestão como as Organizações Sociais.

Além disso, o Banco Mundial organizou debates e orientou a contrarreforma dos hospitais universitários que gerou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). De acordo com Correia (2007) a agenda de reforma sanitária do BM está pautada na lógica mercantil, na qual estabelece que às instituições públicas compete a função de atender a população mais pobre e com alto risco de adoecimento, ao passo que a rede privada se apropria das áreas mais rentáveis, isto é, os serviços de média e alta complexidade.

### 3.2 O AVANÇO DO SETOR PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Granemann (2011) afirma que quando o capital imprime sua lógica para a totalidade da vida social, o Estado tem de ser contrarreformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transformem em negócios que vão impulsionar a lucratividade do capital. Nessa direção é que se apresentam diversos mecanismos de privatização na política de saúde.

De um lado, existe o capital privado que oferece serviços para consumo individual, medicamentos e equipamentos. Cislighi (2016) ressalta que este setor nunca prescindiu do estímulo do Estado e de formas indiretas de apropriação do fundo público para se valorizar. Do outro lado, há o setor privado “sem fins lucrativos”. No que diz respeito aos serviços, o setor privado com fins lucrativos se destaca com 68, 41% dos estabelecimentos de saúde, seguido da administração pública direta com

---

<sup>48</sup> Segundo Correia, este documento aponta como estratégias para o “aprimoramento da governança e do uso dos recursos públicos” seis “ações corretivas” que têm como eixo central a “Gestão voltada para Resultados”, quais sejam: Autonomia organizacional; Fortalecimento da capacidade gerencial; Contratos de Gestão; Simplificação de repasses federais; Monitoramento e avaliação de impacto; e Alinhamento de processos de planejamento, orçamento e monitoramento.

27,33% e em terceiro lugar, estão as entidades beneficentes sem fins lucrativos com 1,54%.

Segundo a autora acima, as entidades do setor sem fins lucrativos são consideradas pela legislação “entidades beneficentes de assistência social” que prestam serviços nas áreas da educação, saúde ou assistência social. Para adquirir esse status, essas instituições deveriam, até 2006, se inscrever nos respectivos Conselhos Municipais de Assistência Social e comprovar o cumprimento dos requisitos propostos na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). O requisito geral para todas as áreas é a não distribuição de lucros e a não remuneração de seus diretores, conselheiros, instituidores, etc.

Na saúde, as entidades beneficentes sem fins lucrativos têm prioridade sobre a iniciativa privada com fins lucrativos para participar nos serviços públicos do SUS de forma complementar, através de convênio ou contrato. Caso cumpram as regras determinadas pela legislação poderão ser capacitadas como OSs e OSCIPs para realizarem a gestão de unidades públicas.<sup>49</sup>

Além disso, em 2002 mais um decreto insere a legislação de 1998, flexibilizando os critérios para concessão de certificado. A lei permite que hospitais considerados estratégicos recebam o certificado, sendo considerado estratégicos aqueles que: prestem serviços de média e alta complexidade, disponha de pelo menos dois programas de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação reconhecidos pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde (BRASIL, 2002).

Outros decretos foram aprovados no governo Lula, como o 7237/10 que passa a certificação do CNAS para o Ministério da Saúde e o decreto 8242/14 que associado a lei 12101/09 determina as regras atualmente vigentes. É notória a flexibilização que o governo vem instituindo, tanto nas certificações quanto no subsídio às instituições. Com essas prerrogativas muitas instituições se beneficiam, lucram e acumulam, pelo

---

<sup>49</sup>Desde o decreto 752/93, anterior a LOAS, na área da saúde as instituições devem garantir 60% de atendimentos ao SUS ou 20% da sua receita bruta em serviços gratuitos em detrimento das isenções fiscais que receberam. Este decreto foi substituído pelo decreto 2536/98 que continuou com a obrigatoriedade de comprovação de 60% de atendimento ao SUS, inclusive para a Confederação das Misericórdias no Brasil (CMB) e as instituições vinculadas as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaes), que antes não precisavam comprovar esse percentual de atendimentos, apenas oferecer 60% de sua capacidade instalada ao SUS.

fato de serem eximidas do pagamento de tributos, como o Hospital Albert Einstein, que só em 2013 deixou de pagar 220 milhões em tributos (CISLAGHI, 2016).

As instituições sem fins lucrativos, além de receberem subsídios fiscais ainda recebem pagamento por serviços para o SUS, transferência direta de recursos do orçamento, o que não é permitido para entidades *com* fins lucrativos. Outra forma jurídica importante, mas que tem pouco impacto em relação ao total é o Serviço Social Autônomo, e a principal representante dessa modalidade é a Associação das Pioneiras Sociais, criada pela lei 8246 de 1922, atual administradora da rede Sarah Kubitscheck de hospitais, considerada entidade paraestatal sem fins lucrativos. O objetivo de seus idealizadores era manter a força de trabalho “celetista e demissível”, assim, a partir de 1991 passou a administrar a rede Sarah Kubitscheck por contrato de gestão, o primeiro na saúde brasileira, recebendo recursos exclusivamente do orçamento da União (CISLAGHI, 2016).

Nesse caso, parte do setor privado não se sustenta da extração de mais valia dos serviços produtivos, mas, da apropriação do fundo público, que segundo a autora acima, “não lucram, mas engordam”. É evidente que esses dois setores privados, com e sem fins lucrativos, se misturam e podem atuar nas duas frentes concomitantemente, transformando o fundo público que apropriam, em capital.

Com os ideários neoliberais, a contrarreforma do Estado instituiu uma nova modalidade de apropriação do fundo público para entidades sem fins lucrativos, denominados de “novos modelos de gestão”. O Estado entrega a administração do patrimônio público a essas instituições, terceiriza a contratação de força de trabalho e repassa o fundo público para financiar as ações.

À essa transferência do fundo público para diferentes modelos de instituições privadas, Granemann (2011) denomina de “privatizações não clássicas”, porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica e apontam no plano dos argumentos uma afirmação de que esses mecanismos operarão com mais e não menos Estado, constituindo-se como formas de privatização difíceis de serem desveladas, sobretudo do ponto de vista ideológico.

Soares (2010) caracteriza esse modelo de privatização “por dentro”, que é tão perversa, mas talvez mais camuflada no que diz respeito a lógica mercantil no interior

dos serviços públicos. Nessa modalidade a relação custo/benefício (em detrimento da qualidade), os modismos gerenciais, a flexibilização e desregulamentação são privilegiadas.

A lei 9637 de 1988 é a primeira lei federal no Brasil que regulamenta a prática dos “novos modelos de gestão” e dispõe sobre a qualificação das entidades como organizações sociais e institui o Programa de Publicização. Poderão ser organizações sociais as entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolvam atividades direcionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Essas organizações se relacionam com o Poder Público para adquirir recursos e executar suas ações por meio do contrato de gestão. No contrato deve conter prazos, metas, critérios de avaliação a serem utilizados (BRASIL, 1998). Para cumprimento desse contrato de gestão são destinados recursos orçamentários e bens públicos, no entanto, para realizar compras e contratos com terceiros a organização social não é obrigada a observar as regras do direito público, ficando dispensado a necessidade de realizar licitações e concursos públicos para contratar seus servidores.

No campo da saúde, ainda que a lei preveja o cumprimento da legislação do SUS, as entidades de direito privado são fiscalizadas por um Conselho de Administração e pelo Ministério da Saúde, ficando o controle social previsto pelo SUS (conselhos paritários e deliberativos) sem condições de acompanhar e interferir na aprovação e execução desses contratos de gestão.

Nessa direção, faz-se necessário compreender como esses “novos modelos de gestão” interferem e se ampliam nos serviços públicos de saúde de estados e municípios brasileiros. As contrarreformas no setor da saúde visam: privatizar, ameaçar os direitos sociais, desconsiderar a legislação que ampara o SUS, limitar o controle social e prejudicar os trabalhadores. Por isso, no próximo item será aprofundada a discussão do repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, por meio da transferência de recursos públicos, contratos de gestão e parcerias, que visam fortalecer o projeto do capital (setor privado) e transformar a saúde em mercadoria e fonte de lucro.

### 3.3 AS “NOVAS MODALIDADES DE GESTÃO”: O PROJETO DO CAPITAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

O setor saúde no Brasil, antes mesmo da Constituição de 1988, foi predominantemente privado com incentivos do fundo público. A partir da CF/88 e com a implantação do SUS houve uma ampliação do sistema público, no entanto, as contradições na relação entre público e privado se mantiveram, conservando e acirrando ainda mais a presença do setor privado e complementar.

Consideramos importante ressaltar nesta pesquisa a compreensão sobre o que significa a privatização da política de saúde. No item anterior foi apontada a perspectiva de alguns autores sobre os novos modelos de privatização adotados por diversos governos, como por exemplo, os ‘não clássicos’ e ‘por dentro’. Não obstante, é comum se deparar com interpretações que consideram ser privatização da política apenas quando os serviços, medicamentos e equipamentos passam a ser comprados diretamente pelos consumidores, isto é, os defensores da privatização afirmam que enquanto não existe comércio e pagamento direto, a política continua sendo pública, mesmo que não estatal.

Por outro lado, a privatização ocorre quando os serviços de saúde que antes eram organizados na esfera do Estado- por meio de representantes eleitos e órgãos, concursos, aparatos constitucionais, mecanismos de controle social como os conselhos de saúde- passam a pertencer a grupos privados, que mesmo garantindo a gratuidade dos serviços, objetivam apropriar o fundo público.

Cislaghi (2016) aponta cinco formas de apropriação privada do fundo público no setor da saúde: o *Estado consumidor*, onde o fundo público é transferido para o setor privado na compra de medicamentos, equipamentos e serviços privados, seja no âmbito da complementariedade do SUS (podendo ser por meio de instituições com ou sem fins lucrativos), além do pagamento de planos de saúde para funcionários públicos.

O *gasto tributário* onde os recursos públicos são repassados indiretamente ao setor privado através de renúncia de impostos e contribuições, incluindo a isenção de impostos de renda concedida a pessoas físicas e jurídicas por gastos com saúde. A



*transferência direta* do fundo público, em que o Estado transfere o orçamento diretamente para instituições privadas, sendo permitido apenas para entidades com status jurídico “sem fins lucrativos”.

Outra modalidade de apropriação privada do setor saúde é a *transferência direta de fundo público e patrimônio público*, isto é, o Estado repassa para instituições privadas tanto o fundo público como também seu patrimônio, por meio de contratos de gestão com setores privados sem fins lucrativos, como é o caso das OSs, OSCIPs e fundações de direito privado que assumem e fazem a gestão dos serviços. Nesse caso estão presentes também as parceiras público-privadas que possuem semelhanças às anteriores mas incluem as entidades com fins lucrativos.

Por fim, as *empresas públicas e sociedades de economia mista*, que apesar de fazerem parte do Estado são reguladas por direito privado, tem patrimônio próprio e recebem recursos do fundo público: “seus recursos são eminentemente públicos e funcionam como agentes da privatização de fundo público vendendo serviços e podendo transformar seu capital em ações negociáveis com grupos privados. ” (CISLAGHI, 2016, p. 135).

Nesta direção, a presente pesquisa pretende analisar as novas configurações do sistema de saúde que resultam da interação entre Estado e mercado. Em particular, será abordado os “novos modelos de gestão” e como estes operam no setor de saúde, a começar pelo princípio da complementariedade que tem contribuído para avançar as ações privatizantes no SUS.

### 3.4 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA GESTÃO DA SAÚDE

Os chamados “novos modelos de gestão” trouxeram mudanças e desafios importantes na configuração do sistema de saúde brasileiro que se expressam a partir de mudanças na legislação e na criação de novas personalidades jurídicas como por exemplo as organizações sociais e as fundações estatais de direito privado. No entanto, a primeira instituição não é recente. Ela advém das propostas de contrarreforma do Estado, idealizadas por Bresser Pereira em 1995, mas foi a partir

do final dos anos 2000 que diferentes governos municipais e estaduais intensificaram sua adoção.

Paralelo ao modelo assistencial privatista<sup>50</sup>, surge no governo de FHC o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) que visava reorganizar a máquina pública, isto é, uma administração que passaria a ser chamada de “gerencial” e seria orientada pelos valores da eficiência, efetividade, eficácia e flexibilidade, ressaltando que: “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado”. (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 12).

O PDRAE foi norteado pela teoria clássica da administração que tinha como premissa o controle dos resultados e a descentralização do poder, alcançando uma “sociedade democrática” onde o cidadão seria “cliente privilegiado” dos serviços prestados pelo Estado. Assim, o Estado deixaria de ser “[...] o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (BRASIL, 1995, p.12), além da descentralização, onde setor público não-estatal seria subsidiado pelo Estado, mas não necessariamente executado por ele.

Nessa direção, de tornar mínimo o papel do Estado e seguir com a focalização (atendimento aos mais pobres), o plano reformista apontou quatro setores fundamentais que redirecionariam as prioridades das ações estatais, afetando principalmente o setor saúde, que foram: 1) núcleo estratégico, sendo o setor que define as leis, o planejamento e a formulação das políticas públicas; 2) atividades exclusivas, que somente o Estado realizaria; 3) serviços não exclusivos, que corresponde a simultaneidade entre a ação do Estado com organizações públicas não estatais e privadas; 4) produção de bens e serviços para o mercado, voltadas para o lucro (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 42).

O intuito do governo era converter os serviços públicos de educação, saúde, meio ambiente em Organizações Sociais, isto é, entidades de direito privado, sem fins

---

<sup>50</sup> O modelo assistencial privatista respondia as necessidades das grandes multinacionais na área dos equipamentos médicos e de medicamentos, bem como da própria rede privada de serviços. O perfil da saúde nesse modelo era voltado para o tecnicismo, eficiência, controle, economia, assistência médica individualizada que realiza um movimento de priorização do mercado (SOARES, 2010).

lucrativos, realizando sua administração através do orçamento público. Em outras palavras, o objetivo declarado da reforma administrativa foi o de encontrar uma forma de transferir algumas atividades que até então eram exercidas pelo Poder Público, para as OSs e que melhor seriam exercidas pelo setor privado, sem exigência de concessões ou permissões.

As diretrizes da contrarreforma do Estado, a partir dos seus modelos de gestão, procuraram se materializar por meio de leis federais, estaduais e municipais. Em 1997, foi lançada pelo Governo Federal a medida provisória nº 1.591/1997 que dispunha sobre a criação das Organizações Sociais. No entanto, tais organizações foram regulamentadas no próximo ano através da Lei 9.637/1998.

Entende-se por “organizações sociais” as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária. A transformação dos serviços não-exclusivos estatais em organizações sociais se dará de forma voluntária, a partir da iniciativa dos respectivos ministros, através de um Programa Nacional de Publicização (...) as organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas condições descritas em lei específica (...) (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 60).

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei (BRASIL, 1998).

A contrarreforma neoliberal do Estado apostou nas OSs como forma de alavancar as políticas econômicas e administrativas, reduzindo o impacto financeiro sobre a máquina pública. Para isso, propôs efetivar a execução das políticas públicas por meio de diversas instituições “não governamentais”, “não lucrativas”, voltadas ao desenvolvimento social, sobretudo nas áreas consideradas “atividades exclusivas do Estado”.

De acordo com o documento (PDRAE) o aparelho do Estado abrangeria quatro setores. O primeiro núcleo estratégico corresponderia ao poder executivo, o poder legislativo, o judiciário e o Ministério Público. O segundo, diz respeito ao setor de atividades exclusivas, em que o Estado exerce o poder de fiscalizar, regulamentar e fomentar, como por exemplo, a cobrança de impostos e serviços de trânsito. Não obstante, Cislighi (2014) aponta três exemplos que envolvem políticas sociais e

expressam a restrição ao básico e a limitação no papel de execução: previdência social **básica**, **compra** de saúde pelo Estado, **subsídio** à educação básica. Esse setor já apresenta a ideia de participação do mercado e concorrência.

O terceiro setor é de serviços não-exclusivos do Estado. Este é caracterizado pela atuação do Estado ao lado das “organizações públicas não- estatais e privadas”. Quem ocupa esse setor são as instituições públicas não estatais, organizações sociais sem fins lucrativos que, conforme o documento, mesmo não exercendo o poder de Estado estariam diretamente voltadas para o interesse público. Nesse setor inclui as universidades, os hospitais e os centros de pesquisa.

O último setor diz respeito às áreas de atuação das empresas que permanecem no aparelho do Estado, como infraestrutura. Para a autora acima, essas atividades apenas estão no âmbito estatal por falta de investimentos privados para supri-las ou por sua natureza monopolística. O documento indica que nesses casos a privatização precisa ser acompanhada de uma regulamentação severa. Enquanto nos setores de produção para o mercado a alternativa é a privatização, os serviços não exclusivos, segundo o documento, passariam pelo processo de “publicização”, transformando as fundações e organizações públicas existentes em entidades de direito privado, recebendo orçamento público e celebrando contratos de gestão com o Estado.

Esse cenário também foi marcado por concentração, fusões e aquisições concomitante à abertura de capital de empresas de seguros e serviços de saúde privados, grupos econômicos que Andreazzi (1991) chamou de conglomerados. Esses grandes grupos contam com empresas de seguro privado que prestam serviços de saúde e, por terem ligações prévias com o capital bancário, setor segurador e processos de capitalização possuem facilidades para consolidar suas ações (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

As autoras destacam que a crescente adoção das OSs ao final dos anos 2000 e a abertura de capitais, embora possam aparentemente não estarem relacionados, haja visto que um é resultado de opções de políticas públicas e o outro decorre do próprio desenvolvimento do capital no setor privado de saúde, ambos são provenientes de um mesmo campo: as instituições financeiras internacionais, sobretudo o Banco Mundial, que impulsionaram propostas para a “reforma” do Estado nos anos 1990, principalmente no campo da saúde.

Desde então, vem se consolidando de forma gradual e crescente, a desresponsabilização do Estado na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, e é exatamente sob a diretriz da complementaridade (posta na CF de 1988 e as diferentes formas de interpretá-la) que instâncias governamentais, situadas nas três esferas do governo, tem transferido suas responsabilidades no âmbito da gestão e do financiamento para outros modelos de gestão, isto é, desconstroem o princípio da complementariedade para justificar o subfinanciamento, a entrada de capital estrangeiro e a privatização do SUS.

A diretriz da complementaridade está presente no Art 199 da CF/88 que prevê a participação de instituições privadas no Sistema Único de Saúde de forma complementar e, a Lei 8080/90 em seu art. 24 salienta que a inserção do SUS para ser complementado pela iniciativa privada pode ocorrer “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”. E, para garantir que essa prestação de serviços não venha com finalidades lucrativas, a Lei em seu art. 38 afirma que “não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa” (BRASIL, 1990).

A presença do setor privado na trajetória da política de saúde fez com que a lógica da complementaridade fosse implementada sob sua pressão. Ao invés de esgotar todas as possibilidades e capacidades do setor público para depois recorrer aos serviços privados, ocorre o contrário, o Estado passou a ser o principal comprador e consumidor do setor privado.

Dessa forma, a complementaridade é assegurada pela CF e trata da parceria público e filantrópico privado que é feita através de convênios e contratos com o intuito de complementar os serviços ofertados pelo setor público, quando este for insuficiente para atender as necessidades do SUS, mas o que se apresenta é uma nítida inversão de investimentos do fundo público da saúde para o setor privado contratado ou conveniado. É a complementaridade às avessas, isto é, o setor privado que deveria atender de forma complementar, assumiu centralidade no setor público.

É nessa direção que se fortalecem as OSs, OSCIPs e fundações, ao celebrar contratos de gestão com o poder público, tendo direito a dotações orçamentárias,

expressando o projeto de redução do aparelho do Estado. Em síntese, esses “novos modelos de gestão” representam a adoção do pacote neoliberal em detrimento da lógica de uma gestão pública, em que o investimento público é destinado ao setor público e gerido por entes públicos.

Segundo Andreazzi e Bravo (2014) as normatizações que criam e qualificam essas instituições não foram realizadas sem resistências da sociedade. No âmbito do judiciário diferentes ações questionaram a legalidade das OSs, como foi o caso da ação ajuizada no Supremo Tribunal Federal arguindo a constitucionalidade na Lei dessas organizações (ADI 1.923/98)<sup>51</sup>, além de enfrentamentos da sociedade civil e dos trabalhadores da saúde no que diz respeito a sua implementação.

A jurisprudência brasileira não está isenta de contradições. Perim (2014) apresenta as experiências de diferentes estados no Brasil (São Paulo, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraná) acerca das (in) constitucionalidades nas gestões que querem interpretar o princípio da complementaridade da participação com uma perspectiva favorável ao setor privado. A natureza social dos objetivos das OSs (Lei nº 9.637/98) possuem alguns limites e contradições que perpassam vários âmbitos como por exemplo os contratos de gestão, a seleção de pessoal, a condução da qualificação, as parcerias público-privadas em detrimento das atividades próprias, típicas e fundamentais do Estado.

A autora chama atenção para o papel que o poder judiciário exerce na interpretação das leis, o impacto que pode gerar às necessidades coletivas, haja vista que não se restringe apenas a análise e conceituação das leis, mas uma análise democrática de sua origem e conteúdo.

O Poder Judiciário, embora não se limite a mero aplicador da “letra da lei”, não deve investir-se de um poder tão amplo na interpretação da lei, a ponto de comprometer a legitimação de todo o sistema, interpretando a norma jurídica à revelia da lei. Deve, antes, basear-se no substrato legitimador do texto legal, no seu lastro social, e é sobre tais bases que se pretende assentar a interpretação acerca dos limites constitucionais à participação privada de aplicação do modelo de OSs no SUS (PERIM, 2014, p.58).

---

<sup>51</sup> Em 2015 o STF decidiu pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público. Para maior aprofundamento acerca da jurisdição constitucional sobre a diretriz da complementaridade, o modelo das organizações sociais e as discussões sobre os limites à participação do setor privado no SUS, consultar o trabalho de Perim (2014).

Além das OSs, foram instituídas pela Lei nº 9.790/99 (alterada pela Lei nº 10. 539/02) as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que qualificou como OSCIP pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham finalidade pública e seja observado o princípio da universalidade dos serviços (BRASIL, 1999).

As OSs assim como as OSCIPs possuem diversas semelhanças, a ponto de até confundirem. Ambas são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com previsão legal de celebração de um termo de parceria com o Poder Público e se beneficiam intimamente do Estado por meio de repasses públicos para fomento e execução de suas atividades. No entanto, existem algumas particularidades que as diferenciam. As OSs recebem delegação para a gestão de serviço público, enquanto as OSCIPs se voltam para o desempenho de atividades de natureza privada, que mesmo não sendo serviço público, contempla as necessidades coletivas (BRASIL, 1999; BARRETO, 2005; PERIM, 2014).

Nessa direção, não seria possível estabelecer parcerias entre o Poder Público e as OSCIPs para a prestação de serviços na saúde, que são obviamente serviços públicos. Porém, é frequente as pactuações entre OSCIP e Estado, que sem considerar a constitucionalidade (de mero fomento) assumem diversas ações de serviço público.

(...) as OSCIP são uma **publicização do privado**, e as OS, ao revés, são uma **privatização do público**. Explica-se. As Organizações Sociais, como visto, são entidades criadas, via de regra, por iniciativa do Poder Público, com o específico propósito de absorver órgãos extintos. Ainda que juristas do porte de Paulo Modesto admitam a criação de OS independentemente da iniciativa do Estado, não é isto que a prática vem revelando; por oposto, muitos administrativistas de quilate vislumbram, mesmo uma tentativa de desmonte do Estado, no campo da prestação de serviços sociais. Por outro lado, As OSCIP tornam claras as tendências de levar os conceitos de Direito Público ao campo tradicional do Direito Privado, suas relações e sujeitos (BARRETO, 2005, s/p).

Outra divergência entre essas entidades diz respeito à sua vinculação com o Estado. Para as OSs o instrumento que traduz o vínculo com o Estado é o Contrato de Gestão, para as OSCIPs, o Termo de Parceria. De acordo com Barreto (2005) o Contrato de Gestão é o fundamento básico da existência das OSs, cuja principal finalidade é absorver órgãos públicos extintos e prestar atividade de interesse público mediante

variadas formas de fomento pelo Estado (ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde).

Quanto às OSCIPs, a lei se refere ao Termo de Parceria, que nos termos do art. 9º da Lei 9790/99 é um “instrumento passível de ser firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público”, isto é, não existe obrigatoriedade na celebração; por se tratar de um instrumento para substituir os lentos e burocráticos convênios por um instrumento moderno e rápido na relação do Terceiro Setor com o Estado (BARRETO, 2005).

Para Moraes et al (2018), a atribuição de não-lucratividade das entidades do “terceiro setor” não pode ocultar seus interesses econômicos que são materializados por meio de isenção de impostos e subsídios estatais, bem como a possibilidade de altos salários aos seus corpos diretivos. Além disso, as autoras ressaltam as vantagens das OS sobre outras formas de organizações estatais. Por adquirirem a condição de direito privado, gozam de uma autonomia administrativa mais ampla do que aquela possível por dentro do Estado, expressando entre outras vantagens, a possibilidade de contratar funcionários nas condições do mercado, elaborar normas próprias para compras, contratos e flexibilidade na execução orçamentária.

Desta forma, ao instituir essas entidades, o Estado busca apresentar soluções a fim de aumentar a eficiência das políticas sociais, diminuir os gastos públicos e adquirir maior autonomia gerencial. No entanto, a privatização é fruto dos desdobramentos das reformas neoliberais e tem por objetivo viabilizar e impulsionar um nicho lucrativo para o mercado. O capital vai sempre buscar espaços para sua valorização e expansão, que é a razão de sua existência e, para isso, os capitais se direcionarão para novas esferas de valorização como por exemplo as políticas de saúde, educação e previdência, expressando o processo mais profundo de supercapitalização.

Se o capital gradualmente se acumula em quantidade cada vez maiores e uma parcela considerável do capital já não consegue nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes. (MANDEL, 1985, p.272)



Assim, capitais em excesso migram para a oferta de serviços privados em saúde e para o setor suplementar, como planos e seguros de saúde, pois, são capitais que não conseguem possibilidades de acumulação na esfera produtiva e buscam no setor de serviços chances de valorização. Como já foi discutido anteriormente, o Estado via saúde pública, é o grande indutor desse processo.

### 3.5 A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE VIA EBSERH

No campo da saúde, diversos autores têm buscado uma compreensão acerca do processo de privatização da política. Para Correia e Santos (2015) a privatização ocorre quando o Estado deixa de exercer seu papel enquanto agente econômico produtivo e empresarial, através da venda das estatais, bem como quando deixa de ser o executor direto dos serviços, estimulando a transferência dos recursos públicos para o setor privado.

Para Scheffer (2015) a privatização consiste na transferência de funções e responsabilidades do setor público, integralmente ou em parte, para o setor privado. Não obstante, o autor menciona a perspectiva de Muschell (1995) ao definir a privatização como processo em que as entidades não governamentais são envolvidas e participam do financiamento e da provisão de serviços de saúde. Além disso, o autor conceitua como “privatização ativa” o estímulo realizado pelos próprios governos, que através de suas decisões políticas, fortalece o crescimento da participação privada na saúde.

No caso do Brasil, fica clara a tendência crescente da “privatização ativa”, quando o Estado transfere o fundo público para o setor privado e assegura com instrumentos legais a operacionalização de modelos de gestão, atendendo os interesses do capital, que historicamente condicionou a saúde a uma lógica mercantil.

Apesar desses “novos modelos de gestão” (OS, OSCIP, FEDP) possuírem diferenças internas, todos integram o processo de contrarreforma do Estado, cujo recurso público é destinado para entidades de direito privado, ou seja, ao Estado cabe financiar e

coordenar as políticas sociais, mas a gestão e execução é destinada à iniciativa privada.

Um exemplo disso é a proposta de gestão dos hospitais universitários através do modelo privado da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) cuja criação foi autorizada pela Lei 12.550/2011. É uma empresa de caráter público, com personalidade jurídica de direito privado, que conforme o Art. 1º, possui prazo de duração indeterminado.

As justificativas para sua criação iniciaram pela exigência crescente da sociedade e do governo, no sentido de racionalizar os gastos e as despesas para obter uma melhoria na qualidade dos Hospitais Universitários (HUs). Segundo Sodré et al (2013), essa tal “crise” instalada nos HUs abre precedentes para a privatização das áreas de responsabilidade do Estado, que a partir do discurso de incapacidade do SUS, se submetem às regras mercadológicas.

Cislaghi (2010) ressalta que a principal justificativa do governo para a criação da EBSERH foi a de regular a situação dos trabalhadores terceirizados dos HUs em todo o país. A proposta da EBSERH sempre foi clara no que diz respeito à reconfiguração do Estado, ancorada no argumento de regulamentar algo que há muito tempo deveria ter sido feito, isto é, “um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para viabilizar a reestruturação dos hospitais universitários federais e solucionar a necessidade de recomposição do quadro de profissionais dos hospitais” (EBSERH, 2013, p. 2).

Para tanto, criou-se a EBSERH que, dentre outras características, poderá ter “subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social [...]”, nos âmbitos: da assistência médico-hospitalar, ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, além de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, formação de profissionais no campo da saúde pública (BRASIL, 2011).

Embora esteja definido na Lei que a EBSERH terá 100% do capital integralizado pela União, existe a possibilidade de criação de subsidiárias regidas pela Lei das Sociedades Anônimas (Lei nº 6.404, de 1976) que poderão alienar integralmente ou em parte o capital da entidade. De forma mais precisa, as mesmas poderão lançar ações na Bolsa de Valores, que certamente serão adquiridas por planos privados de

saúde e faculdades privadas que possuem interesses nas pesquisas custeadas pelo poder público, além dos serviços de média e alta complexidade, em que o usuário apenas teria acesso nos HUs, passarão a disputar o atendimento de saúde com o poder econômico (COMANDO UNIFICADO CONTRA A EBSEH, 2013).

A Lei 6.404/1976 ao tratar do objeto social das Sociedades Anônimas afirma em seu Art. 2º que “pode ser objeto da companhia qualquer empresa de fim lucrativo” e no parágrafo § 1º que “qualquer que seja o objeto, a companhia é mercantil e se rege pelas leis e usos do comércio” (BRASIL, 1976).

O caráter mercantil, próprio do direito privado, fica expressamente claro nos artigos da Lei 12.550/2011, sobretudo no art. 8º que versa sobre os recursos da Ebserh “I - recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União”, as receitas decorrentes dos “acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais” e “IV - rendas provenientes de outras fontes”.

Não obstante, a EBSEH traz prejuízos à autonomia universitária, pois, a gerência da empresa tem “poderes amplos para firmar contratos, convênios, contratar pessoal técnico, definir processos administrativos internos e definir metas de gestão” (CORREIA, 2014, p. 47). O que determina a característica dos hospitais universitários é justamente sua vinculação à Universidade, uma instituição de ensino superior. Além disso, fica evidente o comprometimento da autonomia universitária em várias dimensões, como por exemplo, em relação aos recursos humanos e financeiros, em relação ao patrimônio, ao ensino, pesquisa e extensão.

Questiona-se: Como ficam as instâncias deliberativas da Universidade - colegiados superiores, de unidade, de curso e departamentais, já que as atividades de ensino, pesquisa e assistência desenvolvidas nos HU serão definidas pelo MEC e pela Ebserh? O que fazer com os projetos institucionais e político-pedagógicos das Universidades? Haveria autonomia dos departamentos na lotação dos docentes no HU? O Hospital poderia ser campo de estudo de estudantes de outras instituições? Haveria eleição para a direção do hospital como é de costume? (CORREIA, 2014, p. 47).

Dentre os inúmeros questionamentos quanto a adesão à EBSEH, a autora acima indaga: recomposição e regularização da força de trabalho ou aprofundamento da precarização do trabalho? Ao contratar seus funcionários através da CLT por tempo

determinado, a empresa viola o Acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU)<sup>52</sup>, que determinou que fosse realizado concursos públicos imediatos por meio do Regime Jurídico Único (RJU), para substituir os trabalhadores terceirizados dos HUs. Também infringe o princípio da moralidade na contratação pública<sup>53</sup>, haja vista que o artigo 12º da Lei 12.550 autoriza a empresa “celebrar contratos temporários de emprego, mediante processo seletivo simplificado” (BRASIL, 2011).

Os mecanismos de privatização do Estado e dos serviços públicos expressam a incongruência e o desrespeito à legislação e à Constituição, resultado da reforma do Estado brasileiro sob as diretrizes do neoliberalismo. A privatização do serviço público é a “via que o Estado neoliberal encontrou para pôr fim a um segmento dos trabalhadores, o funcionalismo público, que tem papel crucial para garantir o direito e o acesso aos serviços públicos necessários à sociedade, e sobretudo à classe trabalhadora, impossibilitada de recorrer a esses serviços no mercado” (DRUCK, 2016, p. 18).

Em 2012, quando foi realizado o Seminário Nacional de Hospitais Universitários<sup>54</sup>, cuja discussão perpassou os aspectos políticos e jurídicos da EBSEH, os participantes do encontro já alertavam para a precarização das relações de trabalho: “Os contratos de trabalho serão celetistas sem estabilidade onde a rotatividade de profissionais além de não garantir a formação adequada dará um caráter descartável ao trabalhador e será prejudicial ao bom desenvolvimento dos serviços de educação e saúde” (SEMINÁRIO NACIONAL DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS, 2012).

---

<sup>52</sup>O Ministro Dias Toffoli deferiu o pedido de ingresso formulado pelas entidades AMPASA, AMPCON, ANTC, FASUBRA, FENASPS, ANDES, FENAM, CNTS e SINDSERH/AL, no dia 23 de março de 2018, isto é, 5 anos após o protocolo desta ADI.

<sup>53</sup>A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4895/ 2013 questionou os artigos 10, 11 e 12 da Lei 12.550/ 2011 que tratam da forma de contratação de servidores da empresa por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de processo seletivo simplificado e de contratos temporários. Segundo a Procuradoria Geral da República, a Lei 12.550 estipula que as atividades desenvolvidas pela EBSEH estão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do SUS, portanto, não é possível transferir à empresa natureza diversa da pública. E por se tratar de serviço público, a EBSEH ao prestá-lo, se submete ao regime de direito público. Desse modo, é inconstitucional o que versa o artigo 10º da Lei, no qual o regime de pessoal permanente da EBSEH é o da Consolidação das Leis do Trabalho.

<sup>54</sup> O Seminário Nacional de Hospitais Universitários foi realizado em novembro de 2012 em Brasília e contou com a participação de diversos trabalhadores de universidades brasileiras no debate sobre os aspectos políticos e jurídicos da EBSEH.

Em 2015, com a greve dos servidores públicos federais, ficou evidente as implicações da implantação da EBSEH nos hospitais. Diversos sindicatos denunciaram os ajustes e a perda de direitos dentro da instituição, como por exemplo, o aumento da jornada de trabalho, os trabalhadores cumpriam jornada de seis horas diárias há cerca de dez anos, entretanto o regime de trabalho da EBSEH é regido pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) que determina a jornada de trabalho em oito horas, além da possibilidade de realocação sem consentimento dos servidores. O sindicato dos servidores da UNB manifestou:

Todos nós estamos sofrendo, dentro das nossas lotações, assédio moral, desvalorização da mão de obra, entre outras situações assustadoras [...] Um dos principais problemas gerados aos servidores do HUB com a entrada da Ebserh foi o aumento da jornada de trabalho. Os trabalhadores cumpriam jornada de seis horas diárias há cerca de 10 anos. Entretanto, o regime de trabalho da Ebserh é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, que determina jornada de trabalho de oito horas diárias. A mudança de horário não foi totalmente implementada no HUB, mas já dá sinais com o aumento do número de plantões, trabalho em recessos e feriados, realidade que já atingiu a maioria dos servidores do quadro do Hospital (SINDICATO DOS TRABALHADORES DA FUNDAÇÃO UNB, 2015).

Segundo Druck (2015), outro problema trazido pela EBSEH é a forma híbrida dos vínculos de trabalhadores em RJU “cedidos” à EBSEH e de celetistas, que tem interferido nas relações entre os próprios trabalhadores: disputas, diferenças de carga horária, política de capacitação, política de avaliação, representação sindical de uns e outros, fragmentando sua organização. A autora reforça que:

Trata-se de um claro processo de precarização do serviço público, de uma transferência de patrimônio público para uso da iniciativa privada, como é o caso dos hospitais, de um alto custo financeiro para o Estado, com desvio de recursos, num ambiente promíscuo em que se confundem o privado e o público e com uma forma duplamente perversa de precarização do trabalho, pois, por um lado, cria um segmento de trabalhadores sem vínculos permanentes, com alta rotatividade e sem um conjunto de direitos e, por outro, vai destruindo os funcionários públicos, com a redução de seu tamanho e dos seus direitos, desqualificando e desvalorizando uma categoria profissional que é essencial num Estado democrático (DRUCK, 2015, p. 29).

A gestão dos hospitais universitários, cujas atividades se dão no âmbito da educação e da saúde, se caracterizam como serviços públicos que não podem ser transformados em atividades econômicas. O saldo negativo da adesão das Universidades à empresa já é evidente: flexibilizam a gestão e as relações de trabalho, acarretando a perda de direitos trabalhistas e sociais, desrespeita a autonomia universitária e fere o princípio da participação da comunidade e o exercício do controle social (8.142/90).

Não restam dúvidas que a gestão privada ameaça o acesso universal e integral aos serviços de saúde e não cumprem com os objetivos de melhoria da assistência à saúde da população.

A lógica da gestão privada é destruir a universidade pública brasileira e um conjunto de direitos sociais, ao flexibilizar os direitos dos trabalhadores do serviço público, ao transferir a execução das políticas sociais de saúde e educação para entidades de direito privado, inviabilizam o controle social e submetem a produção de conhecimento e a formação de trabalhadores da saúde aos interesses mercantis em prejuízo das reais necessidades da população. A EBSERH é resultado da contrarreforma do Estado que combina redução de direitos sociais com fortes tentativas de anular as possibilidades de luta e organização política da classe trabalhadora.

Os projetos privatizantes têm avançado no cotidiano das áreas de saúde no Brasil e contribuído para o caráter excludente e focalizado da assistência, trazendo obstáculos para garantir um sistema de saúde universal, público e democrático, haja vista que estes “novos” modelos de gestão visam reduzir o papel do Estado para ampliar o campo de atuação do capital. Existem diferenças significativas entre os distintos modelos de privatização, mas todos expressam uma característica comum, apresentam-se como “parcerias” com o Estado.

É recorrente a vinculação de dependência do público ao privado em algumas cidades do país, que na maioria das vezes viabilizam os interesses particulares e mercantis das elites políticas locais, ao mesmo tempo que existem forças contrárias (entidades, movimentos sociais, instituições, conselhos, trabalhadores) que resistem frente ao acirramento dos ataques aos direitos sociais.

Dessa forma, o próximo capítulo apresentará como o conselho de saúde de Uberaba/MG tem debatido e enfrentado a privatização da política no município, destacando quais tem sido suas discussões, articulações e resistências.

## FIGURA 2- QUANDO TUDO FOR PRIVADO SEREMOS PRIVADOS DE TUDO



Fonte: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=169936220013316>

## **CAPÍTULO 4 O DEBATE DA PRIVATIZAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERABA/MG**

No presente capítulo serão analisados os dados e resultados das entrevistas e da observação das reuniões realizadas junto aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Uberaba/MG, buscando identificar como a privatização tem sido debatida e enfrentada no interior do CMS.

O Conselho Municipal de Saúde de Uberaba (CMSU) foi criado em maio de 1992 pela Lei Municipal nº 4.900, alterado posteriormente por diversas Leis Municipais e, por último, a Lei Complementar 12.462/2016 que altera a Lei nº 10157/2007 e reestrutura o Conselho de Saúde. Integram a estrutura orgânica da Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal, os Conselhos Distritais e Locais. O CMS é de caráter permanente e deliberativo, já os Conselhos Distritais e Locais são de caráter permanente e consultivo (UBERABA, 2016).

O CMSU é composto de forma paritária, sendo 50% das vagas destinadas aos usuários dos serviços de saúde do SUS e 50% destinadas aos representantes dos órgãos governamentais, aos representantes dos prestadores de serviços de saúde públicos, filantrópicos e privados e aos representantes de trabalhadores do SUS, no âmbito municipal. A representação dos órgãos governamentais e dos prestadores de serviços de saúde é dividida em partes iguais, cabendo a cada um dos segmentos o total de 12,5% e a representação dos trabalhadores do SUS é contemplada com 25% do total das vagas.

A composição do governo consiste em: um representante da Secretaria Municipal de Saúde, um representante do 8º Batalhão de Bombeiros Militar de Minas Gerais, um representante da Gerência Regional de Saúde-GRS. Dos Prestadores de Serviços públicos e privados: um representante do prestador público, um representante do prestador privado filantrópico, um representante do prestador privado não-filantrópico. Dos trabalhadores do SUS: dois representantes de trabalhadores das unidades públicas de saúde, dois representantes de trabalhadores das unidades privadas de saúde, filantrópicas ou não, contratadas ou conveniadas ao SUS, dois representantes de entidades de classe.



Quanto ao segmento dos Usuários do SUS são: quatro representantes das associações de bairros ou de moradores; um integrante das entidades representativas dos empresários; dois integrantes de entidades representativas de portadores de doença crônica; um integrante das entidades representativas de portadores de necessidades especiais; um representante dos Sindicatos dos Trabalhadores Urbanos e Rurais; um representante de movimentos comunitários organizados; um representante de outras entidades civis organizadas que não se enquadrem em nenhum dos segmentos já representados; um representante de entidades religiosas.

A representação dos usuários e dos trabalhadores do SUS, no âmbito municipal, é definida através de eleição em assembleias conjuntas de cada um dos segmentos e entidades. De acordo com a Lei Municipal nº 12.462/2016, é vedado a escolha de representantes dos usuários e trabalhadores que tenham cargo comissionado, função gratificada, subordinação imediata, comunhão de interesse com qualquer representante dos demais segmentos do conselho. A participação de membros eleitos pelo Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida no Conselho de Saúde.

A mesa diretora é composta por presidente, vice-presidente, primeira secretária, segunda secretária. Na gestão atual<sup>55</sup> (2016/2020), a presidente do CMSU é representante de Associação de Moradores no segmento dos usuários. A vice-presidente representa o segmento do governo; a primeira secretária é representante dos trabalhadores e a segunda secretária representa as Associações de Moradores.

Os cargos da Mesa Diretora serão ocupados, respeitando a paridade de 50% de Usuários, 25% de Trabalhadores, 25% de Governo e Prestadores de Serviços e será composta por qualquer membro efetivo do Conselho que se candidatar e for eleito por seus pares e terá mandato de dois anos, podendo ser renovado pelo plenário por mais dois anos.

A presente pesquisa contou com a participação de treze conselheiros<sup>56</sup>. Ressalta-se que foram convidados os conselheiros representantes de todos os segmentos que

---

<sup>55</sup> Em março de 2018, a Presidente do CMSU renunciou ao seu mandato alegando motivos pessoais, juntamente com a primeira Secretária, que na mesma data, pediu desligamento do CMSU por “motivos de intransigências por parte de alguns conselheiros”.

<sup>56</sup> O intuito da pesquisa era realizar a entrevista com todos os conselheiros, no entanto, foi informado pelo Conselho que alguns representantes estavam ausentes do Conselho.

estão ativamente no CMS. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa consiste, sobretudo, em desvelar de que forma as posições e articulações no interior do conselho interfere no processo de privatização da saúde do município.

Muitos autores já discutiram direta ou indiretamente a temática, dentre eles Bahia (2005), Bravo (2012), Correia (2014), dentre outros- porém, esta pesquisa faz uma análise atual, em que diversas mudanças de caráter qualitativo intensificaram velhos paradigmas, incorporaram características novas que fortaleceram as que já existiam, como por exemplo, as relações público-privadas, as propostas das fundações de direito privado, as OSs, configurando o SUS possível/flexível. Nesse cenário, alteraram também as pautas e estratégias no âmbito da organização, da participação e do controle social. A pergunta que se faz é: qual o papel que o conselho tem desempenhado sobre esse processo?

#### 4.1 O PERFIL POLÍTICO E IDEOLÓGICO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

O contexto social e político do Brasil ao final da década de 1970 e da década de 1980 foi marcado pela proliferação de organizações e movimentos sociais que evidenciaram as expressões da “questão social”<sup>57</sup> a partir de uma discussão pública e política. A expectativa deste amplo movimento era que com a participação fosse possível reverter o padrão de planejamento e execução das políticas públicas no país, tornando os aparatos do Estado mais transparentes e responsáveis (TATAGIBA, 2010).

Segundo a autora, estes movimentos e organizações esperavam que com os mecanismos de participação os agentes do Estado discutissem suas propostas a partir da inserção de diversos setores sociais (movimentos sociais, sindicatos, associações, etc) no processo decisório, possibilitando a defesa de uma pauta coletiva, diferente das pautas que priorizam os interesses privados que rondam o

---

<sup>57</sup> Iamamoto (2008) explica a questão social como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, onde a produção é cada vez mais coletiva, enquanto a apropriação é cada vez mais privada por uma parte da sociedade. O sistema capitalista intensifica o processo de exploração e expropriação da classe trabalhadora, reduz o papel do Estado na garantia de direitos e radicaliza as necessidades sociais, como por exemplo: o desemprego, a precarização do trabalho, contrarreformas, privatização dos serviços públicos, colocando uma grande maioria da população em situação de pobreza e exclusão.

poder estatal e tem influência direta sobre ele. A participação trazia expectativas de democratização do Estado e da sociedade. Muitos movimentos sociais passaram a estabelecer conexões com atores da arena político- institucional, ou seja, passaram a travar a luta política “por dentro do Estado” como importante estratégia de transformação social.

Como resultado do processo de intensas lutas pela redemocratização do país, foi instituído pela CF/1988 o princípio da participação popular na formulação e gestão das políticas públicas. A partir dos anos 1990 foram implementados os Conselhos e Conferências, expressão mais clara das inovações institucionais que delinearam o processo de redemocratização do país. Hoje, com aproximadamente 30 anos de participação por meio dos conselhos, o esforço é compreender os limites e potencialidades que essa estratégia participativa foi capaz de alcançar.

Na presente pesquisa, ao dialogar com os conselheiros sobre as dificuldades que se expressam no interior do conselho sobre a relação com o governo, as mobilizações que buscam estabelecer, as medidas que limitam as possibilidades de participação e com isso interferem no direcionamento das decisões, muitos ainda apresentam uma concepção reducionista e frágil acerca da participação, em que esta se limita ao apoio e legitimação de decisões tomadas pelos gestores, isto é, não colocam em pauta a necessidade de participar da discussão e definição da política, compreender o conselho enquanto espaço de confronto entre as posições dos diferentes atores, além de se constituir como espaço de articulação, negociação e partilha de poder (FERRAZ, 2005).

Você tem que ter participação, parcerias, excelente você ter boas parcerias e a outra coisa é você ter boa vontade e tempo para isso. Muita gente quer parcerias mas não consegue correr atrás, tem vergonha (C 1).

A participação tá levando todas as carências, tanto das unidades de saúde, locais e matriciais, tanto das unidades como propriamente a desumanização nos hospitais e a carência do povo, a necessidade (C 4).

Essa perspectiva dos conselheiros sobre o processo participativo pode trazer limites para a representação e participação dos diferentes atores, no que diz respeito às suas contribuições na definição das pautas, apresentação das demandas populares e principalmente, no rigor e profundidade das discussões das propostas que serão ali

definidas que, segundo a autora acima, pode não alterar significativamente a estrutura de poder vigente e o circuito decisório.

Apesar da luta dos movimentos sociais que buscavam inserir na legislação mecanismos de participação na gestão pública, com a perspectiva de expansão da democracia, existe nesses espaços uma tendência à cooptação e manipulação das demandas populares para legitimar decisões dos gestores locais, afinal, os conselhos se constituem como lócus de possíveis disputas em torno de decisões na esfera do Estado. Neste sentido, são espaços que ainda não romperam com um modelo de gestão centralizador e burocrático, resultando numa participação menos transparente e mais restrita.

Segundo Tatagiba (2010), embora a qualidade e os resultados do processo participativo dependam da vontade política dos governos (uma de suas variáveis relevantes), nenhum governo pode ignorar os conselhos nos processos de implementação da política. Os conselhos não têm poder efetivo para decidir sobre a política, mas tem poder de veto sobre as decisões governamentais podendo, inclusive, vetar convênios, paralisar obras, suspender repasse de recursos, etc. O objetivo do governo é manter uma composição que esteja a seu favor, mesmo que para isso tenha que controlar a eleição dos conselheiros que representam o segmento dos usuários.

Os conselhos gestores aparecem como espaço nos quais se gesta um importante aprendizado de convivência democrática, tanto para os atores da sociedade quanto do Estado, indicando a gestação de uma tendência contrária à privatização dos espaços e dos assuntos públicos, marca da constituição do Estado e da sociedade no Brasil. Os conselhos, nesse sentido, encarnam as ambiguidades, os desafios e as promessas de uma forma partilhada de produção políticas públicas, erigida sob uma cultura política na qual predominam referências autoritárias, as quais elas obviamente não estão imunes (TATAGIBA, 2010, p. 6).

O exercício da participação nos conselhos traz muitos questionamentos quanto a alguns aspectos da nossa tradição política. A autora acima aponta que de um lado, tem exigido que o Estado dê publicidade de suas ações, apresente as contas, exponha os critérios de seus acordos; do outro lado, exige que a sociedade civil se qualifique para essa participação, amplie o conhecimento dos processos que envolvem a gestão pública e reconheça o caráter coletivo dos direitos implicados.

Os governos vêm resistindo- de forma mais ou menos acentuada, a depender do seu projeto político- às novas formas de fiscalização, participação e controle social da população na produção das políticas públicas. Essa anulação do potencial deliberativo dos conselhos restringe-os a “espaços destinados a aumentar a ‘escuta’ e ampliar a audiência em torno de temas que compõe a agenda pública” (TATAGIBA, 2010, p. 7). O controle do governo sobre esse processo pode ser identificado na fala da (o) conselheira (o):

o **poder executivo também não reconhece o conselho**, ele não aceita as opiniões da população e o controle, fazendo propostas, de ações de políticas de saúde ou questionando algum problema, o poder executivo não tem essa cultura, então foi esvaziando. A população foi, ela reivindicou, ela não teve resultado, ela não foi acolhida e não foi resolvido os problemas dela e nem as opiniões dela não foram levadas em consideração, eles passaram a não participar, o mesmo aconteceu nos conselhos distritais, e no conselho municipal a gente tem uma luta enorme pra fazer com que os conselheiros participem dos conselhos, a população em geral quem participa do conselho normalmente é quando tem uma reivindicação muito séria, mais pontual (C 9).

Para Tatagiba, existem duas formas principais pelas quais os governos têm buscado controlar os conselhos: na definição de sua agenda e garantindo uma composição que lhe seja favorável. O resultado não seria diferente, haja vista que os conselhos além de serem a imposição de uma nova arena de disputa política são também lugares para dar voz e legitimidade aos interesses de novos sujeitos, atingindo o jogo político do governo.

O que torna os conselhos experimentos participativos inéditos e potencialmente democratizantes ao ser comparado com as experiências anteriores de conselhos, são os princípios sobre os quais se assentam, que deveriam ser observados no processo de implementação, que são: composição plural e paritária; a natureza pública dos acordos e a competência deliberativa (TATAGIBA, 2010).

Quanto à *composição plural e paritária* os conselhos seriam espaços para a expressão da diversidade, que não se trata apenas da relação Estado/sociedade, mas expressa as clivagens internas aos referidos campos. A pluralidade na composição do conselho seria o elemento que indicaria a natureza pública e democrática desse novo arranjo deliberativo. A *natureza pública dos acordos* diz respeito à publicidade, que é o elemento que diferencia a construção dos acordos nos processos deliberativos nos conselhos, distinguindo da troca de favores, cooptação e práticas clientelistas. A

*competência deliberativa* trata-se da capacidade do conselho em se constituir como instância deliberativa com competência legal para formular políticas e fiscalizar sua implementação, apontando no sentido da democratização da gestão.

Não obstante, a autora ressalta que há uma tendência nos conselhos em combinar diferentes formas de representação: por categorias e/ou segmentos, junto com a representação territorial. A escolha dos representantes por suas próprias entidades, movimentos e organizações é uma experimentação positiva e que deve ser estimulada, justamente por permitir uma composição que corresponda as peculiaridades de cada área de política e o contexto no qual os conselhos estão inseridos.

Além disso, Dagnino (2002) aponta a necessidade da qualificação política da sociedade civil, pois, o peso da matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado e aos setores dominantes, ainda é muito forte, além de afirmar a política como atividade privativa das elites. Tal qualificação política possibilita a convivência com a multiplicidade de atores que trazem concepções e interesses diversos.

O reconhecimento da pluralidade e da legitimidade dos interlocutores é requisito não apenas da convivência democrática, em geral, mas especialmente dos espaços públicos, enquanto espaços de conflito que têm a argumentação, a negociação, as alianças e a produção de consensos possíveis como seus procedimentos fundamentais. Os estudos de caso apontam as dificuldades concretas desse aprendizado (DAGNINO, 2002, p. 285).

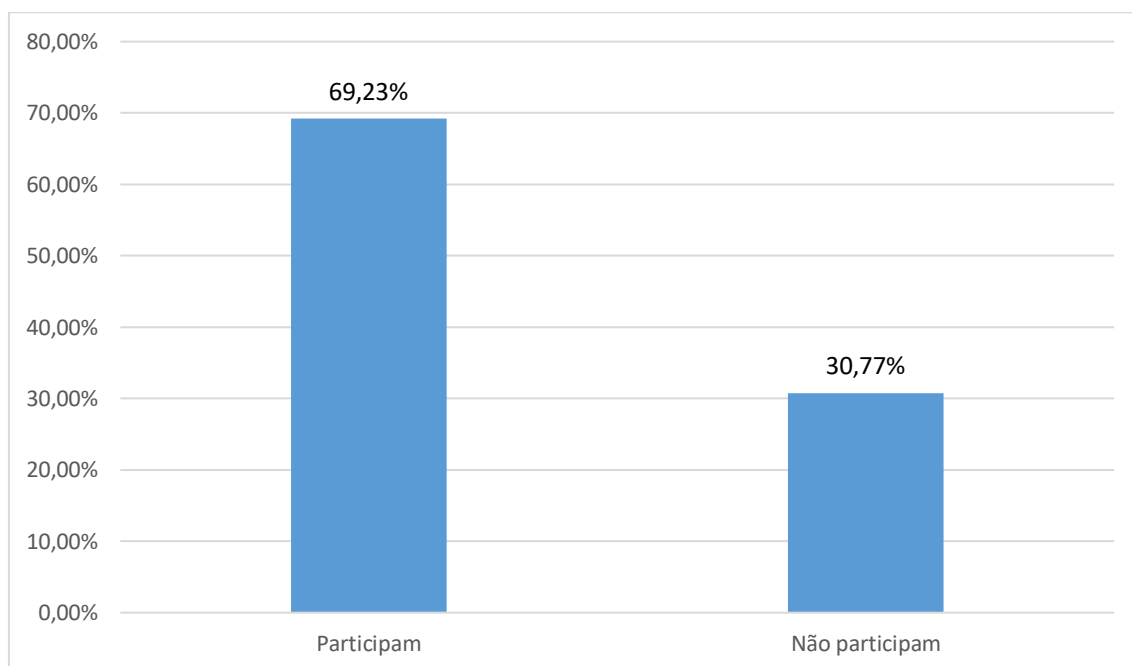
É sabido que os conselhos de políticas públicas, no balanço desses quase 30 anos, trouxeram o anseio por mudanças e ressignificaram a democracia em construção, ainda que de forma insuficiente e com inúmeros problemas. Por isso, a indagação que se faz agora é: como, dar um passo além? Como dotar de mais eficácia e efetividade a participação nos conselhos? Quais estratégias que permitem impactar os processos de gestão e ampliar a capacidade dos conselhos de atuarem como instâncias de democratização do Estado? (TATAGIBA, 2010).

É obvio que são várias e diferentes as ações para fortalecer os conselhos. No entanto, reforça a autora acima, uma delas é fundamental: fortalecer as relações do conselho

com seu ambiente social e político. É preciso ampliar as redes de comunicação, adensar os vínculos existentes na sociedade civil e no Estado e isso ultrapassa a relação existente dos envolvidos com a produção da política, mas requer o fortalecimento do conselho na esfera pública e a sua capacidade de dialogar com públicos mais amplos e heterogêneos, ou seja, uma atuação para fora.

Nessa direção, ao dialogar com os conselheiros do CMS de Uberaba sobre sua participação em movimentos sociais, associações, fóruns, 69,23% afirmaram fazer parte ou terem participado em algum momento dessas experiências, enquanto 30,77% relataram nunca ter participado, como demonstra o gráfico abaixo.

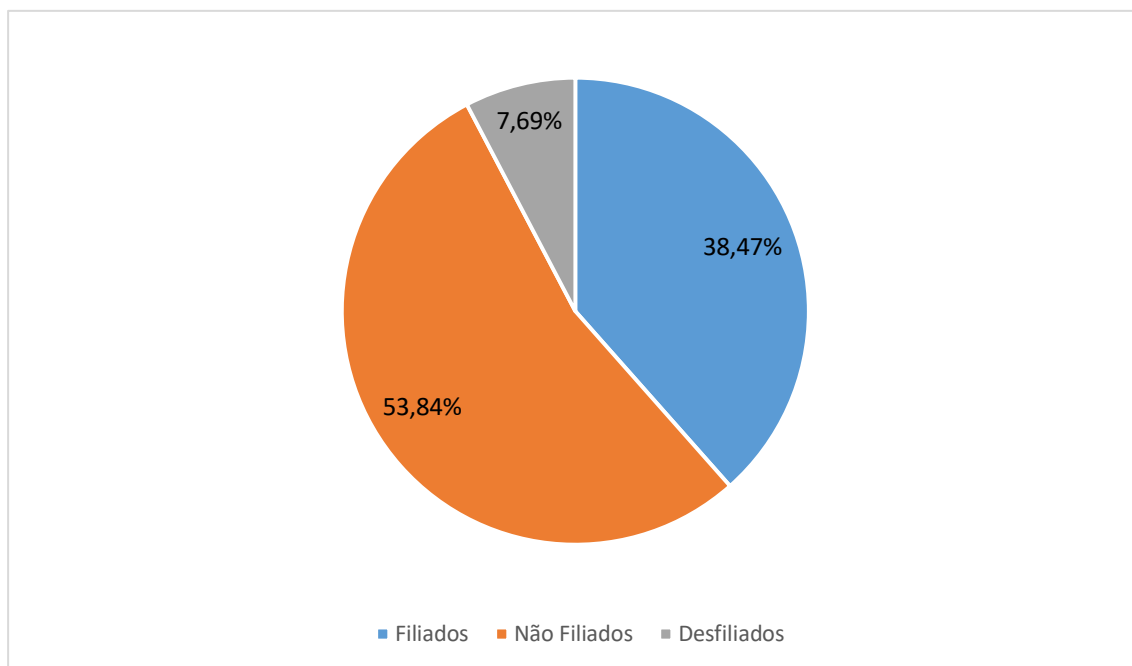
**GRÁFICO 1- PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS EM MOVIMENTOS SOCIAIS**



**Fonte:** Elaboração própria, 2018.

Porém, quando indagados sobre a inserção ou filiação a algum partido político, 53,84% dos conselheiros afirmaram não terem vínculos com partidos políticos. Os conselheiros que são filiados em partidos políticos correspondem à 38,47%, enquanto 7,69% são desfiliaados.

GRÁFICO 2- FILIAÇÃO DOS CONSELHEIROS A PARTIDOS POLÍTICOS



**Fonte:** Elaboração própria, 2018.

Quanto aos partidos, dois conselheiros são filiados ao PCdoB, um filiado ao PSDB, um filiado ao PT e um filiado ao PCB.

TABELA 1. FILIAÇÃO DOS CONSELHEIROS EM PARTIDOS POLÍTICOS

PCdoB	40%
PSDB	20%
PT	20%
PCB	20%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaboração própria, 2018.

Ao ser discutido sobre a inserção dos conselheiros em partidos políticos, alguns afirmaram que:

Não, nunca fui e nunca vou ser, detesto (C 6).



Não, porque eu acredito que o serviço social não pode ter mistura com política (C 4).

Não, nunca fui, nunca tive nenhum envolvimento político (C 2).

Pelo depoimento de alguns conselheiros é possível perceber o distanciamento em relação aos vínculos partidários, que pode ser resultado das experiências recentes de um padrão cultural que condicionou a prática política aos marcos das relações clientelistas e paternalistas, em que os sujeitos sociais ao adentrarem o âmbito político, foram inseridos em condições marcadamente subalternas, com possibilidades cada vez mais restritas e uma hierarquização profunda nas relações sociais, isto é, as relações entre governo e sociedade são marcadas por uma assimetria de recursos, sejam eles organizacionais, financeiros, educacionais, etc, que limita, aquilo que Almeida e Tatagiba (2005) chamaram de “possibilidades do exercício da autonomia”.

No entanto, foi possível perceber que os conselheiros compreendem que muitos ali possuem em sua bagagem de militância uma trajetória político-partidária. Mas, ao tratar da presença de interesses partidários no conselho, foi quase unânime a defesa de que é necessário que os conselheiros deixem de lado a questão do partido para pensar em uma luta maior em defesa do SUS.

Quando eu fui pro conselho eu fiz esse compromisso, deixei claro para os conselheiros, todo mundo me conhece sabe que sou militante política, mas deixei bem claro que ali nós íamos discutir política de saúde e ali nós íamos fazer um trabalho de fortalecimento do controle social no SUS (C 9).

O conselho não dá pra dizer, mas que conselheiros tem articulações que influenciam em decisões do conselho, sim (C 8).

(...) eu não aceito que ela faça política partidária, porque eu não faço do meu partido, então eu não aceito que faça política partidária dentro do conselho (C 5).

Sempre tem alguns representantes de partidos políticos que tentam usar os diversos espaços, não só de conselhos, mas de movimentos populares para vender seu peixe (C 11).

Os conselheiros ressaltam a importância das filiações e da militância, mas que no âmbito do conselho é importante “separá-las”. Parece haver uma contradição, uma vez que reconhecem a dimensão partidária na sua formação, mas buscam se isentar quando se referem a sua própria atuação. Essa tentativa de separar a vinculação partidária de sua atuação política traz a ideia de que é preciso uma

independência/autonomia no espaço do conselho, ou seja, a separação entre essas esferas.

A questão que se coloca é: por que a militância político-partidária é encarada de forma negativa no processo de atuação militante do conselheiro?

Essa abordagem que caracterizou os atores sociais como autônomos em relação aos atores políticos tradicionais (sindicatos, partidos, Estado) foi criticada por pesquisadores que revisaram as análises sobre as instituições participativas, sobretudo no que diz respeito a separação da ação dos atores da sociedade civil e da sociedade política nos espaços de participação (AVRITZER, 2002; TATAGIBA e BLIKSTAD 2011, ROMÃO, 2014).

Esses autores apontam que as relações entre atores civis e atores políticos possuem mais interseções e transições do que separações estagnadas. Os estudos sobre os espaços de participação não almejavam abordar apenas a relação entre movimentos sociais e partidos, mas, refletir a relação dos atores da sociedade civil no interior dos espaços de participação e sua relação com os atores da sociedade política. Por exemplo, os conselheiros ao mesmo tempo que representam nas instituições participativas os interesses de suas entidades (ONGs, associações de bairro, igrejas) podem representar instituições e atores políticos com os quais estão envolvidos (partidos, sindicatos). O que os autores chamam atenção é o fato de que os atores podem transitar pelas diferentes esferas.

Ao tratar dessa interação entre movimentos sociais e atores político- institucionais, Tatagiba (2010) questiona de que forma e até que ponto essa relação altera as configurações dos movimentos e suas estratégias com o meio político-institucional e até que ponto os conceitos de autonomia e independência, ou cooptação e instrumentalização são adequados para compreender a natureza e os significados dessas interações.

Os autores vêm realizando a discussão de que tanto os obstáculos quanto os avanços da luta política colocaram novas direções para o debate sobre um conceito mais relacional de autonomia e de uma concepção menos determinista das interações entre sociedade civil e sociedade política. Essa nova perspectiva acerca da relação dos movimentos com o Estado, governos e partidos tem buscado questionar as análises

que se pautam na existência de uma oposição natural, radical e imutável entre esses campos. Esses estudos vêm apresentando a existência de um desafio empírico e teórico a ser enfrentado no âmbito das relações entre sociedade civil e sociedade política.

(...) a autonomia não significa ausência de relação, forma como no geral costuma ser abordada, mas nos informa acerca da qualidade dessa relação, a forma como os atores se colocam nela. Falar sobre a autonomia dos movimentos, portanto, significa perguntar sobre a natureza dos vínculos que os movimentos são capazes de estabelecer com os demais atores do sistema político, significa perguntar até que ponto eles são capazes, nessa relação, de escolher os seus interlocutores em função das suas agendas, de defender seus interesses, de definir os objetivos da interação, e até que ponto eles pautam ou são pautados. A autonomia pode existir mesmo em um contexto no qual os movimentos mantenham vínculos constantes e permanentes com outros atores como partidos, sindicatos, governo, vereadores, deputados, aliás, esses vínculos e contatos se mostraram fundamentais em vários momentos (TATAGIBA, TEIXEIRA, 2006, p. 229).

Para as autoras, não deveria haver problema na interação entre conselheiros da sociedade civil e partidos políticos, haja vista que os primeiros também estão inseridos em uma democracia representativa que precisa eleger candidatos e se posicionar criticamente frente ao jogo eleitoral. O fato é que a negação dessa interação está ligada à concepção de que os partidos políticos distorcem e não representam os interesses daquela comunidade. Nesse sentido, não existe problema no fato dos movimentos se aliarem aos governos e partidos para encaminhar suas lutas e demandas, haja vista que os movimentos sempre fizeram isso. A grande dificuldade está na sensação de que essas relações podem servir muito mais ao Estado, aos partidos e ao governo que propriamente aos movimentos.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender que a natureza e a intensidade das relações entre os movimentos sociais e atores políticos são diversas, bem como o tipo e o alcance de suas implicações. Ao se tratar dos conselhos, a discussão segue a mesma direção, isto é, a capacidade de criarem uma estrutura participativa, de olharem para dinâmicas mais amplas e para processos de longa duração que poderão fortalecer a capacidade do conselho de atuar como espaço de formulação de políticas públicas, bem como a sua capacidade de estabelecer relações com outros atores<sup>58</sup> (aliados, apoiadores e antagonistas) (TATAGIBA, 2010).

---

<sup>58</sup> Esse debate será mais aprofundando nos itens a seguir.

Por isso, a autora reforça que a autonomia não pressupõe ausência de relação, mas a disposição e capacidade de participar com o outro sem perder certa “distância crítica” que possibilita colocar a própria relação como objeto de reflexão. Nos anos 1990 houve um grande investimento dos movimentos, universidades, ONGs e dos governos no sentido de completar o processo de institucionalização dos conselhos e suas regras internas, e isso, fez com que os conselhos ficassem debruçados sobre si mesmos, desconectados ou fracamente conectados com seu ambiente institucional ou societário mais amplo (TATAGIBA, 2010).

Essa tendência a uma atuação voltada para dentro ainda é muito recorrente, e possível perceber na concepção dos conselheiros ao tratar da função do conselho

(...) o conselho tem que começar a participar da gestão, fazer gestão e tomar pra si alguns modelos de gestão. Fazer gestão no sentido de **controle de processos, fluxos, protocolos** (C 13).

a função do conselho é o **acompanhamento**, porque não adianta, eu já vi isso acontecer várias vezes, o conselho querer ir no embate de ter um poder de mando e muitas vezes ele não vai conseguir, porque chega no limite da autoridade do município, da autoridade do estado, e da autoridade da união, ele tem que tá próximo e entender o processo pra poder acompanhar (C 2).

fiscalizar mesmo as contas, **fiscalizar porque a gente é co- gestor junto com o secretário** (C 10).

**fiscalizar o gestor da saúde**, o gestor da cidade que é o prefeito né, fiscalizar a saúde em geral, tanto nos pronto atendimentos, nas UBS, começa nas UBS que são os PSF, vai pro pronto atendimento de urgência e emergência, os hospitais (C 6).

Na maioria das vezes, o conselho está voltado para os fluxos internos, como a inscrição de entidades e aprovação de projetos para receber financiamento público, avaliar projetos, analisar e discutir relatório de gestão, elaborar parecer sobre relatório quadrimestral a ser encaminhado ao executivo, fiscalizar e acompanhar a celebração de contratos na compra de serviços da rede pública, dentre outros. A agenda do conselho se restringe aos aspectos burocráticos, limitando a sua capacidade de definir diretrizes das áreas que atuam, definir parâmetros mais gerais da política, o conselho se encontra preso “enquanto decisões importantes continuam correndo por fora, nas tramas desconexas que conformam a rede de produção da política pública” (TATAGIBA, 2010, p. 13).

Esse acúmulo e sobrecarga de funções distanciam o conselho do debate de suas funções propriamente políticas, na proposição de temas, construção de acordos e articulações, voltando-se para as rotinas de atividades que os aproximam do Estado em seus aspectos formais e burocráticos e os distanciam da sociedade e suas demandas.

Segundo Tatagiba, a própria bibliografia sobre os conselhos produzida nos últimos anos parece também ter sido “contaminada” por essa tendência, de eleger objetos de pesquisas que buscam analisar a dinâmica interna ao conselho, sem considerar as questões relativas do conselho com seu ambiente externo, suas articulações com outros espaços de participação e as estratégias que podem construir fora do conselho para alimentar as lutas em torno da afirmação dos direitos.

Nessa direção, os próximos itens pretendem apresentar as discussões realizadas pelo conselho acerca da privatização da política de saúde no município de Uberaba. O objetivo é compreender se o conselho foi envolvido na definição dos contratos de gestão da OS, no processo de implementação da EBSERH, identificar a perspectiva dos conselheiros sobre a privatização, de modo a verificar a existência ou não de resistências no interior do conselho contra os processos de privatização.

#### 4.2 MECANISMOS DE PRIVATIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE UBERABA

Nos últimos anos, o SUS vem passando por mudanças na gestão dos programas e unidades de saúde, por meio dos chamados “novos” modelos de gestão, que podem tanto mudar a legislação como criar novas personalidades jurídicas, como é o caso das FEDP e as OSs. Tais instituições atendem as propostas de “reforma” do Estado, especificamente das políticas públicas, como a saúde.

Como já foi discutido anteriormente, as reformas no campo da saúde se pautam na redução dos gastos com pretensão de aumentar a eficiência, para isso, flexibilizam procedimentos, buscam separar formulação e implementação e introduzem elementos de mercado para administrar a política de saúde. Propõe novas formas de provisão de serviços baseados na criação de entidades não estatais, na

descentralização e privatização das funções públicas, tendo como objetivo final reduzir o tamanho do Estado e dos gastos públicos (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

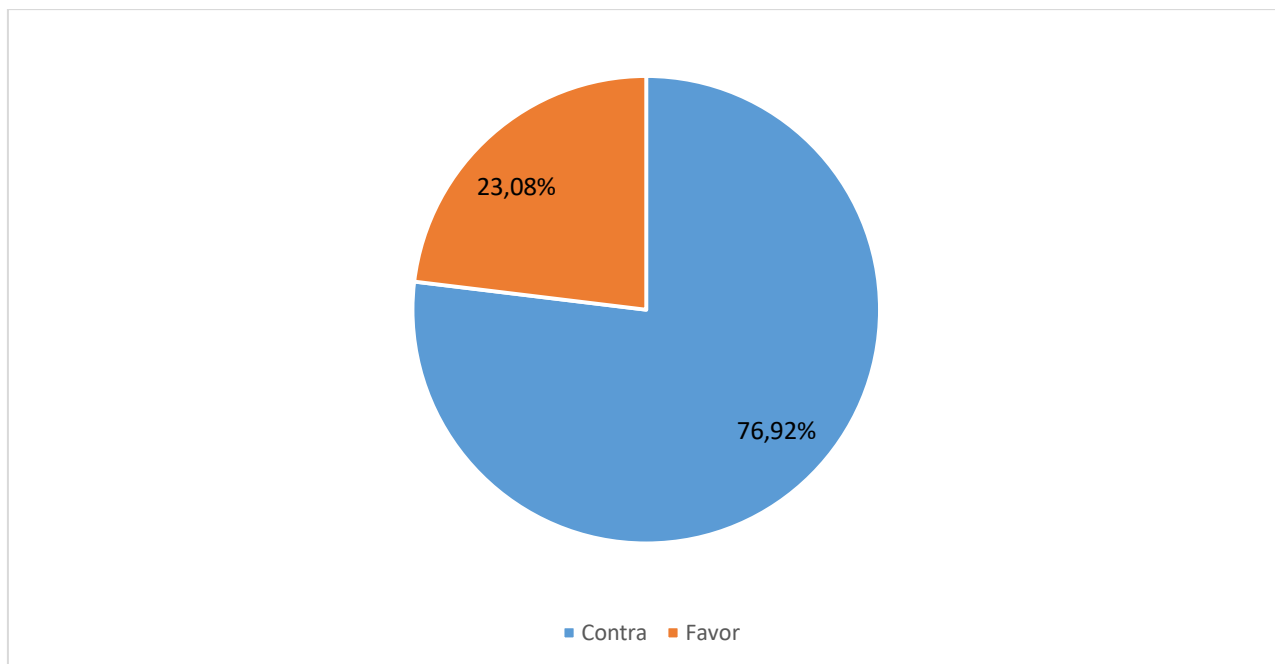
Frente a atual crise capitalista, a saúde pública tem sido acionada por sua capacidade de potencializar os interesses das frações da burguesia, ou melhor, tem sido capturada pelo interesse orgânico do capital, o lucro. Em razão da relevância, no seu sentido social e sob a perspectiva do lucro, a saúde se tornou um campo fértil para atuação dessas modalidades de gestão, materializando-se como importante espaço para executar as propostas do projeto neoliberal, dentre as quais estão a mercantilização e a capitalização das políticas sociais (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018; SOARES, 2018)

Para os autores, o objetivo é promover a transferência das competências que anteriormente eram de responsabilidade do Estado para entes privados, que passam a ter controle dos bens, recursos financeiros e humanos, delegando-lhe autoridade para executar, prestar e gerenciar os serviços públicos de saúde, desconsiderando os princípios do SUS e a legislação sobre a administração pública, cujos objetivos estão em consonância com o processo de contrarreforma.

O que querem os defensores do projeto privatista é ampliar seus domínios mercadológicos colocando a saúde como mercadoria posta à venda e, para isso, vão adentrando diversas áreas: sistema público de saúde, farmácias, seguros e planos privados, indústria de medicamentos e equipamentos, financiamentos, dentre outros.

Ao abordar com os conselheiros sobre a inserção do setor privado na execução e gestão dos serviços de saúde, 76,92% afirmaram serem contra a privatização, enquanto 23,08% foram favoráveis.

GRÁFICO 3- PRIVATIZAÇÃO



**Fonte:** Elaboração própria, 2018.

Aqueles que foram favoráveis expuseram as seguintes justificativas:

Olha, eu acho que é a transferência, a divisão da responsabilidade, não é transferência é divisão, não adianta porque tem coisa que você não consegue fazer com eficiência através do poder público (...) Eu acho que é extremamente viável as parcerias público- privadas, a entrada das empresas capacitadas que são gestores efetivos por formação e não porque conquistaram cargo e foram eleitos, formaram pr'aquilo, estudaram modelos, foram buscar fora, então nada mais certo do que essa experiência, esse profissionalismo entrar pra redistribuir, para utilizar melhor, pra refazer o modelo público de saúde que existe hoje (C 2).

Olha, a privatização eu não era muito favorável não, ultimamente eu estou até favorável, porque o privado é cobrado e tem que cumprir, o público não, pra você vê o hospital escola (Uniube) e o hospital regional que é comandado pela Uniube, a diferença, lá o médico tem que trabalhar, se não trabalhar perde o dia, se trabalhou menos horas conforme a quantidade de horas perde o dia também, então é assim. E o público não, se trabalhou bem, se não trabalhou (...) (C 10).

Privatizaram agora, que por um lado é bom e é ruim. Porque agora é Mario Palmério e Funepu. No meu entendimento que tenho, acho que não poderia ser. Tem que ser o hospital ou outra firma. Em outra parte, é bom para os estudantes, na UFTM, no Maria da Glória (ambulatório), para os alunos e para os professores dentro da faculdade é bom para fazerem a prática ali, não é só teórica, para os alunos é um grande ganho (privatizar) (C. 1).

Como forma de se desresponsabilizar pela execução das ações de saúde e sob o discurso de escassez de recursos, o governo propôs a transferência administrativa das instituições públicas para empresas de direito privado, OSs, fundações.

Propagandeia que é necessário realizar medidas de ajustes e flexibilizar os princípios da reforma sanitária. No entanto, “o conjunto de tais medidas não configuram simplesmente um programa de ajuste, mas um austericídio” (SOARES, 2018, p. 25).

Segundo a autora, o governo realiza uma indisfarçada instrumentalização da gestão da saúde para atender os interesses do capital privado e de seus representantes. Atualmente, uma das estratégias que traduz essa captura e instrumentalização do espaço público pela lógica privada são os documentos “Coalização Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, “Travessia Social” e “Ponte para o Futuro”. Em sintonia com essas proposições, o governo Temer também regulamenta os planos populares de saúde, favorecendo setores e entidades privadas. O governo faz uma defesa explícita da privatização, apresentando-a como fórmula milagrosa para sustentar serviços de saúde de qualidade.

É demasiado o conjunto de alterações na política de saúde realizado pelo governo atual. Dentre elas estão as diversas regalias (subvenções, isenções fiscais) oferecidas para o setor privado que mercantiliza o direito à saúde, permitindo que a privatização passe a ser tratada como a luz no fim do túnel.

Não é novidade que o investimento nos serviços de saúde tem sido uma área importante para ampliação da lucratividade do capital e, para que as necessidades de supercapitalização e expansão do capital portador de juros adquira hegemonia, passam a interferir sobre as expressões da questão social, dentre as quais está o processo saúde-doença. E, para isso, é necessário precarizar a política de saúde, torná-la cada vez mais uma “política pobre para pobres” (SOARES, 2010, p. 42) abrindo espaço para o mercado.

No município de Uberaba, as primeiras iniciativas de privatização da saúde não são recentes. A Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) é uma autarquia federal juridicamente constituída como Instituição de Ensino Superior, criada em 1953, sob denominação de Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), ofertando somente o curso de Medicina por mais de trinta anos. Em 1989, passou a oferecer o curso de graduação em enfermagem e em 2000, o curso de graduação em Biomedicina. Em 2005, foi transformada em Universidade Federal e até o ano de 2011 passou a oferecer 25 cursos de graduação, além dos cursos de pós-graduação.



A partir da transformação da FMTM em Universidade, o Hospital, que até então era denominado Hospital Escola, passou a ser chamado de Hospital de Clínicas da UFTM. Atualmente o HC-UFTM atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade (100% pelo Sistema Único de Saúde-SUS). Recebe, ainda, pacientes de outras regiões de MG e de diversos estados brasileiros. Responde por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área (UFTM, 2014).

Segundo Flausino (2015) ao longo dos anos, o financiamento e recursos destinados ao HC-UFTM foi tornando-se cada vez mais insuficiente para a organização e manutenção da instituição. Com vistas a flexibilizar as normas que regem sua gestão, o hospital aderiu ao convênio com a Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba-FUNEPU. A Fundação é uma instituição de direito privado instituída em 1982, com a finalidade de promover o ensino, a pesquisa e prestar assistência à saúde, remunerada ou não, à comunidade.

Em 1983 o Hospital Escola (atualmente Hospital de Clínicas) firmou convênio com a FUNEPU para prestar serviços tanto para Uberaba quanto para a região. Dentre suas finalidades está a concessão de bolsas de estudo de interesse da FUNEPU, fazer doações, alocar recursos financeiros, materiais e humanos à FMTM e outras entidades ligadas a ela (FUNEPU, 2004).

O convênio com a FUNEPU contribuiu para flexibilizar a gestão do hospital, sobretudo no que diz respeito a aquisição de bens e à contratação de pessoal pelo regime CLT. A forma encontrada pela gestão para obter recursos para custeio, investimentos e contratações foram as contratualizações incentivadas pelo Ministério da Saúde, através da assinatura de contratos com o Ministério da Saúde e os governos estaduais e municipais (FLAUSINO, 2015).

A sobrecarga de trabalho, os repasses insuficientes e a impossibilidade de realizar contratações pelo HC fez parte da realidade de diversas instituições que prestavam serviços de saúde no país. Em janeiro de 2013, o Hospital de Clínicas da UFTM transferiu sua gestão para a EBSEH, com vistas a realizar uma estruturação física e tecnológica, otimizar os atendimentos e solucionar a necessidade de recompor o

quadro de profissionais. O HC, que até então era gerido diretamente pela UFTM com apoio da FUNEPU, passa a ser gerido pela EBSEH.

A assinatura do convênio e a transferência da gestão do HC para a EBSEH foi realizada sem discussão com o Conselho Municipal de Saúde, um processo que se deu de forma autoritária, de cima para baixo, envolvendo apenas a reitoria da universidade e a Empresa, desconsiderando o posicionamento do conselho universitário, da população e do conselho municipal. Não houve, portanto, nenhum debate entre os conselheiros sobre esse processo de privatização e nenhuma iniciativa da Empresa e da Universidade em realizar o debate com os conselheiros:

A gente sempre comenta sobre isso, mas falar assim que colocou em pauta, não...(C 3).

Não teve nunca esse debate. As vezes é colocado isso em uma reunião, as vezes até mesmo numa capacitação, mas não uma discussão do jeito que deveria ser, fora do âmbito de um quórum de reunião, mas num âmbito maior, do que é a privatização, os malefícios, o que é contrário, o que fere a legislação, o retrocesso que é. Eu não lembro mesmo de ter (C 5).

Não, que eu lembro não, só entre a gente, mas assim não (C 10).

Não, não que eu me lembre. Pode ter tido discussões isoladas (...) Eu estou aqui na universidade há um ano e meio, eu tenho informações de que foi uma decisão que não teve discussão nem no âmbito da universidade, embora a gente sabe da autonomia dos reitores, uma coisa que afeta a coletividade, uma parcela tão expressiva de população, no meu modo de entender não poderia nunca ter sido implantada por uma decisão digamos, unilateral. Essa população foi ouvida? Uberaba é uma cidade polo, essa universidade, o hospital de clínicas atende 27 municípios, então não se tem notícias que tenha tido um debate, uma audiência pública, uma análise de diversos autores representantes das entidades, associações, representando esse público imenso que atende aqui, eu sou totalmente contra esse tipo de ato discricionário (C 11).

De acordo com Granemann (2008) o controle social tão caro aos princípios do SUS, é substituído na Fundação Estatal por conselhos moldados pelas grandes empresas capitalistas, que funcionam sob a perspectiva de controle dos negócios, que submissos aos proprietários das ações, realizam o 'controle corporativo', garantindo os interesses dos acionistas sobre os lucros. No que diz respeito à participação dos representantes da sociedade civil, a autora reforça que:

Dado que 'sociedade civil' é o mais abrangente dos termos cunhados pelo liberalismo em uso em nosso país pelos últimos governos, cumpre observar que este conceito cabe desde as representações do capital, da força de trabalho, das ONG e de tantas outras formas representativas de interesses

privados. Tem-se, então, um severo rebaixamento do que se defende no SUS como controle social (GRANEMANN, 2008, p. 52).

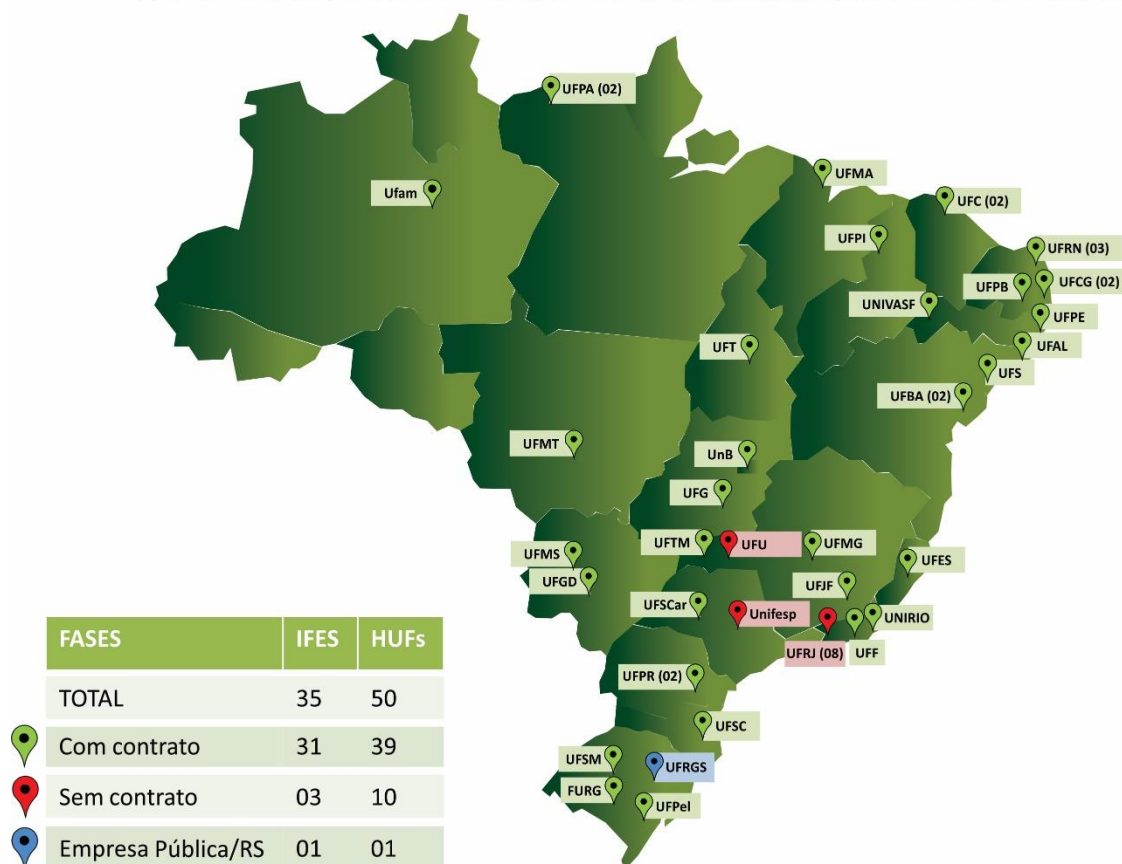
Essas ações apresentam o desmantelamento da saúde por meio da priorização do mercado, na interferência nas condições e relações de trabalho, além de ferir os princípios do SUS e violar o direito à saúde, consolidando o projeto privatista em curso. O princípio do controle social ou da participação comunitária na gestão da saúde é alvo dos modelos privados de gestão, pois, o debate e as deliberações sobre as políticas públicas, que deveriam ser realizadas no âmbito dos conselhos, são desfigurados e substituídos pelos conselhos administrativos, fiscais e consultivos de tais organizações.

No caso da EBSEH, o seu Conselho Consultivo possui oito integrantes, sendo quatro representações indicadas pelo governo, apenas um representante dos usuários dos serviços (indicado pelo Conselho Nacional de Saúde), um representante dos residentes, um reitor ou diretor de HU indicado pela Andifes, e um representante dos empregados indicado pela entidade representativa. Este conselho e sua configuração ferem abertamente a legislação em vigor, haja vista que controle social é aquele exercido diretamente pela sociedade, conforme prescrito nos artigos 1º e 2º da Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (Conferência e Conselho de Saúde).

A EBSEH se constitui, portanto, em mais um mecanismo de aprofundamento do processo de privatização, isto é, trata-se da continuidade da lógica gerencial e da mercantilização da política de saúde. Nesse processo, realiza uma reconfiguração das universidades federais que passam a inserir uma empresa pública de direito privado, através de contrato, para gestão e controle dos hospitais, que são patrimônios das universidades federais.

É a tentativa de privatizar o maior complexo hospitalar público do Brasil. Trata-se de um total de 50 hospitais universitários federais vinculados a 35 instituições de ensino federais. Desse total, 39 hospitais já têm contrato com a EBSEH para sua gestão.

FIGURA 3- DISTRIBUIÇÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS  
IFES COM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Fonte: Disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/web/porta-ebserh/apresentacao1>> Acesso em 18 abr. 2018.

No caso da UFTM, a adesão a EBSERH foi uma surpresa tanto para a comunidade acadêmica, quanto para os servidores do Hospital de Clínicas (HC). O Sindicato dos Trabalhadores Técnico administrativos em Educação das Instituições Federais de Ensino Superior do Município de Uberaba (SINTE-MED) acusou o reitor de não cumprir compromisso firmado com a comunidade, durante audiência pública<sup>59</sup> realizada no dia 06 de dezembro de 2012, de discutir a minuta do documento antes

<sup>59</sup> Na época, o superintendente do HC relatou que a audiência foi solicitada pela Câmara Municipal de Uberaba, cujo objetivo era discutir o papel do Hospital de Clínicas no ensino e na assistência à saúde e que a discussão não estava centrada apenas na adesão à EBSEH: “**Provavelmente**, deve ter também algumas explicações sobre a Empresa Brasileira, mas é uma audiência muito mais ampla. Essa discussão em torno da Empresa está sendo feita gradativamente e **internamente** com todos os funcionários. Estamos fazendo reuniões **setorizadas** porque estamos em uma fase muito inicial da discussão e não está nada definido ainda do trâmite sobre contratos e como isso vai funcionar. A Empresa Brasileira (Ebserh) é pública e o Hospital também continuará sendo 100% público. É algo muito bem fundamentado, mas que sofre comentários diferentes, talvez por falta de informação” (JORNAL DA MANHÃ, 2012).

de assiná-lo. Na audiência pública, o reitor da UFTM, publicamente, firmou o compromisso de discutir a minuta do contrato de adesão. Entretanto, não houve qualquer discussão acerca dos termos do contrato proposto pela EBSE RH com os segmentos (técnico-administrativo, docente, discente, comunidade). Em janeiro, no dia em que foi realizada assinatura do contrato de adesão, o SINTE-MED publicou

INDIGNAÇÃO é um termo incapaz de expressar o que sentimos neste momento, tendo em vista que na verdade todos fomos traídos, ultrajados, humilhados, desrespeitados, diante da notícia de que **o reitor da UFTM assinou o contrato de adesão e implantação da famigerada EBSE RH** na tarde de hoje, data que ficará marcada pra sempre como “O DIA EM QUE O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DO HC/UFTM FOI ENTREGUE NAS MÃOS DE PREDADORES” (SINTE-MED, 2013).

Embora a lei não obrigasse o reitor da UFTM a discutir a adesão com o Conselho Universitário, ficou registrado que a assinatura do contrato com a EBSE RH sem consultar o grupo caracterizaria a perda da autonomia universitária “o que representa uma afronta ao artigo 207 da Constituição Federal. Isso significa que o HC/UFTM, parte central da formação da mão-de-obra da saúde, e único hospital de Uberaba de atendimento integral pelo SUS, foi entregue a uma empresa S/A, regida pela lei das subsidiárias”, afirmou o diretor executivo do Sinte-Med e coordenador administrativo da Fasubra (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013).

Uma das ações estratégicas<sup>60</sup> da EBSE RH foi de “iniciar o processo de reestruturação da atenção à saúde”, para isso, propôs metas de ampliação de alguns serviços, com aproximadamente 10% no número de procedimentos de urgência e emergência, 30% de consultas ambulatoriais, 16% de leitos hospitalares e 25% dos leitos de UTI. Porém, ao construir as metas do Plano, a empresa não levou em conta alguns problemas históricos do HC, como a ausência de espaço físico. Além disso, ao ampliar o número de procedimentos, sobrecarregaria a mão de obra dos servidores.

A principal justificativa para criação da Empresa apresentada pelo Governo Federal seria a necessidade de “regularizar” a situação dos funcionários terceirizados dos HUs em todo o país. Para dimensionar e recompor a força de trabalho a EBSE RH propôs a contratação de 1.451 servidores, mas, após a assinatura do contrato foi autorizada a abertura de apenas 794 vagas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e

---

<sup>60</sup> Outras ações foram: trâmites para a criação da filial local da EBSE RH; melhoria de processos administrativo- financeiros; alinhamento às políticas do SUS; atualização e adequação das estruturas física e tecnológica; dimensionamento, recomposição e capacitação da força de trabalho; monitoramento do Plano de Reestruturação (EBSE RH, 2013).

Gestão (MPOG). Ou seja, mesmo com autorização para ampliar o número de profissionais da empresa, não foi resolvido o problema de escassez de mão de obra, nem os vínculos inadequados de trabalho, principal argumento para a sua criação.

Matérias publicadas nos jornais locais, meses após a assinatura do contrato, expressam que o Hospital de Clínicas estava com superlotação, falta de pessoal e materiais. Além disso, noticiaram que o superintendente do HC solicitou empréstimo de profissionais da saúde à Prefeitura para suprir as carências do hospital, enquanto a EBSEH não fazia as contratações previstas, “Não resta dúvida que faltou planejamento para a transição da Funepu para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Se houve planejamento, algo saiu errado” (RAMOS, 2014).

Alguns servidores que estão inseridos na EBSEH fazem a defesa da empresa, pois a vêem como uma possibilidade de solução, afirmam que a mudança trouxe a abertura de vagas e a oportunidade de ingressar em um trabalho com boa remuneração. Além disso, os conselheiros que tem vinculação com a Empresa, apontam que com ela avançou significadamente a promoção da qualidade dos serviços de saúde.

(...) apesar de não considerar a EBSEH uma empresa privada, pra mim a visão foi de que melhorou para o hospital, o hospital abriu as portas realmente para compreender melhor a sociedade que ele atende, pra ouvir da sociedade o que eles querem deles (C 13).

Os conselheiros que se manifestaram contrariamente expuseram diversos contrapontos que afirmam a inoperância da EBSEH, uma falsa promessa em sanar as dificuldades da política de saúde no município, que não foi realizada. Por trás dela, estão os interesses de governistas, autoridades e de gestores ligados à empresa.

eu acho que nós tivemos um **retrocesso**, principalmente porque no universo, numa rede de atenção à saúde, quando você tem um ponto de atenção que é privatizado, ele não tem o mesmo vínculo com a rede, principalmente os profissionais, porque normalmente quando você tem um ponto de atenção de urgência e emergência, os próprios profissionais que trabalham na rede eles prestam serviços também nesses pontos, facilita muito o diálogo, a referência, contra referência nos outros pontos de atenção, acho que houve retrocesso nesse sentido (C 9).

Com relação a EBSEH a gente percebe uma fila de espera gigante por parte da população, um sucateamento do serviço, um enfraquecimento por parte da possibilidade de resistência da luta sindical e da luta coletiva dos trabalhadores que se acirrou pela relação de contrato de trabalho diferente. Então a EBSEH traz essas consequências aí, e uma série de irregularidades que foram encontradas lá com relação a equipamentos, a falta de equipamentos, falta de luva, infiltrações, tem muita coisa que tem denúncia no Ministério Público Federal e que **indicam o quanto piorou a saúde depois da privatização aqui em Uberaba** (C 8).

Ainda que o governo realize propagandas em defesa da Empresa, diversos hospitais universitários que contam com sua gestão já apresentaram problemas, tais como: 1) irregularidades, prejuízos financeiros e insuficientes serviços de saúde aos usuários; 2) indícios de desperdícios no uso do dinheiro público nas capacitações de gestores da Empresa; 3) irregularidades nos “concursos” realizados pela EBSEH; 4) insatisfação dos empregados contratados pela EBSEH explicitada através da deflagração de greves; 5) Desrespeito à autonomia universitária e aos órgãos colegiados de deliberação nos processos de adesão à EBSEH; 6) judicialização de demandas contra a EBSEH (KRUGER et al, 2014).

Nesse sentido, as políticas sociais vão sendo privatizadas pela via não clássica (GRANEMANN, 2011), por meio de convênios, edital de licitação, transformando a natureza das instituições públicas de direito público para instituições públicas de direito privado. Na política de saúde, essa privatização não clássica tem acontecido da maneira mais elaborada e perversa, pois, o patrimônio continua público, mas a administração e sua exploração é realizada por grupos privados ou políticos organizados que a moldam de acordo com seus interesses e demandas particulares (SOARES, 2010).

A principal expressão desta forma de privatização é a entrega da gestão dos serviços públicos a pessoas jurídicas de direito privado como as OSCIPs, OSs, Fundações Estatais de Direito Privado, que segundo a autora acima, é chamada assim porque não se realiza pelo mecanismo da venda típica, mas se pauta no argumento de que tais mecanismos operarão com mais e não menos Estado.

De acordo com Cislighi (2015) a descentralização do SUS levou o pagamento dos serviços a serem realizados por estados e municípios a acontecer através de recursos transferidos da União. O repasse federal para entidades sem fins lucrativos cresceu nos setores de ciência e tecnologia, enquanto a saúde é a função com maior redução de repasses federais. Diferente do governo federal, onde os repasses são diretos para entidades sem fins lucrativos para custeio e investimento, nos municípios praticamente o total dos repasses se dá pelo elemento de despesa, isto é, para contratos de gestão.

As organizações sociais recebem, a partir dos contratos firmados, repasses orçamentários para gerir a força de trabalho, os serviços e o patrimônio das unidades

de serviços de saúde dos municípios (dentre eles os gastos com despesas administrativas e operacionais).

O processo de privatização não-clássica foi realizado também em Uberaba/MG com adesão a uma organização social objetivando, formalmente, aumentar a eficiência da política de saúde e oferecer melhores condições de trabalho. O que tem ocorrido é a transferência de parte do fundo público para o setor privado. Em novembro de 2014, a prefeitura firmou contrato com a Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar) para realizar a gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

A Pró-Saúde é uma entidade sem fins lucrativos, que presta serviços nas áreas da saúde (hospitais, UPAs, SAMU), educação (creches), atendimento a idosos, e se apresenta enquanto “organização alicerçada na ética cristã e na vasta experiência católica de trabalho social, voltada aos mais diversos públicos, nas mais distintas realidades, a Pró-Saúde prima pela valorização da vida e pela defesa das condições essenciais para o desenvolvimento das pessoas” (PRÓ-SAÚDE, online).

Nas discussões realizadas nos anos de 2013 e 2014, anteriores à adesão do município à OS, o Conselho Municipal de Saúde se posicionou contrário à contratação da empresa.<sup>61</sup> Todavia, nas atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da gestão (2012-2016) ficam claras as divergências entre os conselheiros, pois, no ano de 2014 o Presidente do Conselho (e também Secretário de Saúde) incluiu na pauta da reunião a indicação de um conselheiro para compor a Comissão de Avaliação da Gestão do Hospital Regional (que também seria gerido pela OS) sem discutir com a mesa diretora (CMS, ata de 08/10/14).

Em 2014, após diversos documentos coletados pelo CMS com denúncias da população e da mídia local comprovarem a ineficiência da OS o Ministério Público entrou com uma ação civil pública e garantiu decisão liminar favorável no sentido de suspender os contratos do Executivo com a Pró-Saúde. A organização (Pró-Saúde) tinha vencido a licitação para assumir a gestão das duas unidades de pronto atendimento e do Hospital Regional (após concluírem sua obra).

---

<sup>61</sup> Foram analisadas todas as atas referentes aos anos 2012 a 2018 e selecionadas todas aquelas que discutiram o processo de privatização: 03/04/2013; 01/10/2014; 08/10/2014; 15/10/2014; 14/01/2015; 04/02/2015; 25/05/2015; 03/02/2016 (ATAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERABA).



As indagações dos conselheiros representantes dos usuários que se posicionaram contrários à contratação da OS foram as seguintes: se o CMS se colocou contra, por qual razão elegeriam um representante para a comissão? Porque o CMS fiscalizaria algo que não foi aprovado? Poderia o CMS voltar atrás de decisões que já haviam sido decididas em plenário? Como aconteceria a fiscalização de uma empresa privada?

A posição do presidente do Conselho, de alguns conselheiros representantes do segmento do governo e dos dois promotores que acompanharam o processo, foi de que o município deveria assinar o contrato e estabelecer alguns critérios a serem cumpridos pela OS como, por exemplo, mecanismos que permitissem fiscalizar a empresa, além da revisão anual do modelo. O argumento utilizado pelo presidente para incluir na pauta a indicação de um conselheiro, foi a importância do controle social na comissão de avaliação que, segundo ele, havia sido defendida pela promotora no dia da reunião. No entanto, uma conselheira (representante do segmento dos usuários) destacou que “a opinião da promotora não é a opinião do conselho” (CMS, ata de 08/10/14).

O conselheiro eleito para representar o CMS na Comissão (um dos representantes dos trabalhadores do sistema) afirmou que desde o início foi favorável a terceirização, pois, ela agiliza as decisões e os processos, haja vista que a população não poderia mais esperar pela “melhoria” da saúde no município, e que “uma terceirização bem feita e bem fiscalizada poderia ser a solução” (CMS, ata de 08/10/14). O que demonstra a existência de importantes divergências sobre o tema da privatização entre os conselheiros municipais do CMS de Uberaba.

Nessa direção, o governo de Uberaba apostou na organização social baseado na possibilidade de racionalização dos custos, controle operacional e social, que trouxesse eficiência e resultados para a saúde no município, entretanto, os dados da pesquisa demonstram que a opção pela gestão da OS trouxe prejuízos para a população:

estão respondendo processo por conta disso, na verdade eles saíram deixando prejuízo, a prefeitura está pagando. Ela achou que não ia ter problema, que terceirizou os problemas, mas de repente eles viram, saiu ficou com dívidas, e ainda eu acho que eles também estão processando a prefeitura (...) (C 3).

Nós conseguimos levar condições pra que a população ficasse sabendo o que é uma privatização, uma organização social, o que ela pode fazer com a nossa saúde. Só chega entra, é igual um parasita, vai consome tudo que ele tem direito, faz o estrago que ele tem que fazer e sai como se nada tivesse acontecido (C 6).

a gente sabia que a Pró- Saúde tinha vários processos, respondia vários processos judiciais, mesmo assim ele bancou e deu no que todos nós sabemos o que desenrolou isso aí. Eu sou extremamente contra, eu acho que não é o melhor caminho a terceirização, infelizmente o atual secretário de saúde também tem essa visão de terceirizar, tanto que terceirizou algumas coisas, hora que for fazer um levantamento mesmo de como tá sendo o atendimento a gente vai encontrar situações ali muito complicadas” (C 7).

foi um desserviço porque o serviço precário do jeito que eles deixam, deixam precarizar, sucatear todinho o serviço, não compra material, não compra medicamento, não compra nada pra dizer que “ah, não tá gerindo porquê...(C 10).

Em reunião do CMS, em fevereiro de 2015, os conselheiros apontaram diversas irregularidades apresentadas pela empresa, dentre elas o atraso no salário dos profissionais. A Pró- Saúde alegou que isso ocorreu devido ao atraso do repasse da Secretaria de Saúde de Uberaba, sendo que a mesma alegava que os repasses estavam absolutamente em dia.

Em diversas reuniões do CMS os conselheiros se manifestaram contra a proposta do governo de realizar a gestão dos serviços de saúde via OS, mesmo assim, a decisão do conselho não foi respeitada e a Pró- Saúde assumiu as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), inclusive com a representação de um conselheiro para compor o Comitê de avaliação do contrato. A Lei Federal nº 8.142/1990 estabelece que o Conselho Municipal de Saúde é uma instância deliberativa dentro do SUS e deve exercer a função de fiscalizar as ações desenvolvidas no âmbito da saúde, juntamente com os gestores do município, além disso, a Recomendação Conjunta nº 009/2017 do Ministério Público Estadual e do Ministério Público de Contas reforça que a necessidade de complementação de serviços de assistência à saúde deve ser apreciada e discutida pelo Conselho de Saúde.

Nas propagandas direcionadas à população, o prefeito reforçou que sua gestão se pautaria na terceirização dos serviços públicos do município. No entanto, a decisão de entregar a saúde ao mercado privado não foi realizada sem resistência da população, dos trabalhadores e do Conselho. Cabe salientar que, na última

conferência municipal de saúde, realizada no ano de 2015, foi deliberado contra a gestão por OSs em qualquer tipo de unidade de saúde.

Os eixos temáticos<sup>62</sup> da Conferência foram discutidos nas assembleias realizadas em cada área de abrangência das Unidades de Saúde ou em instituições da sociedade, com base nas Diretrizes da Conferência Estadual e Nacional de Saúde. A seguir, as propostas que foram apresentadas em relação à privatização da saúde:

- ✓ Defender os concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com Plano de Carreira Nacional para os trabalhadores do SUS e contra todas as formas de precarização do trabalho;
- ✓ Proibir e revogar as terceirizações dos serviços assistenciais no SUS que não estejam de acordo com a Constituição Federal;
- ✓ Impedir a transferência e terceirização de serviços públicos para o setor privado;
- ✓ Regular de forma compatível com o bem protegido- a saúde humana- o setor privado que atua na área da saúde, enfrentando temas relevantes como: as coberturas contratadas; o reajuste de preços de planos e seguros; os conteúdos essenciais dos contratos; os subsídios públicos; a proibição com penalização, de práticas como a “dupla porta”; a relação dos entes federativos com os hospitais universitários; a vedação da existência de planos de saúde para servidores e agentes públicos pagos com recursos públicos;
- ✓ Garantir o fim da privatização do SUS (Sistema Único de Saúde- do povo brasileiro e mineiro);
- ✓ Garantir a revogação da lei Municipal nº 11.84/ 2013 que cria s OS em Uberaba e a retomada imediata da gestão pública das Upas pela Prefeitura de Uberaba;
- ✓ Posicionar-se contra os modelos privatizantes de gestão e pela revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais, às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERABA, 2015).

O projeto de Lei 332/13 que autoriza o município a qualificar e/ou contratar Organizações Sociais para gerir a saúde, de autoria do Prefeito Municipal, foi aprovada na Câmara pelos vereadores (11 votos favoráveis e 3 contrários). No dia da votação, houve protestos contra o projeto e os manifestantes utilizaram a tribuna do Plenário para defender o ponto de vista das instituições que representavam. Na época, o presidente do Conselho de Saúde (que antes defendia a contratação da OS) questionou a legalidade do projeto, bem como o trabalho que as Organizações vêm prestando em outras cidades, que segundo ele “trata-se de uma empresa que está ali,

---

<sup>62</sup> Os eixos temáticos foram: I- Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; II- Participação Social; III- Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; IV- Financiamento do SUS e Relação Público- Privado; V- Gestão do SUS e modelos de Atenção à Saúde; VI- Informação, Educação e Política de comunicação no SUS; VII- Ciência, Tecnologia e inovação no SUS; VIII- Reformas Democráticas e Populares do Estado.

apenas pra cumprir um contrato, que não aceita controle social, não é uma empresa pública onde podemos fiscalizar o trabalho que está desenvolvendo” (JORNAL DA CIDADE, 2013).

A questão da contratação das OSs vem como um mote do governo do PMDB que era [me esqueci...] o prefeito dava um nome, foi um mote da campanha inclusive da campanha eleitoral do prefeito, que era da terceirização dos espaços. E aí nessa época teve bastante resistência com relação à implementação, inclusive por parte do conselho de saúde, por meio de documentos. Na conferência, as propostas aprovadas sempre deliberadas de forma contrária, então nos espaços de participação popular sempre foram contrárias às organizações sociais, no entanto, como era mote da política do PMDB que é o atual governo, ele passou por cima de todas as manifestações sociais a respeito disso, inclusive do Ministério Público, porque houve posicionamento tanto da Promotoria do Patrimônio Público, quanto da Promotoria de Saúde (C 8).

A decisão da promotoria se baseou nos autos da ação de anulação de ato jurídico, ajuizada pelo MP contra o prefeito, o secretário de saúde e à própria Pró-Saúde. Para deferir a liminar, o magistrado destacou que foram apresentados junto aos autos vasta documentação que comprovava a incompetência da empresa, mas que “curiosamente” saiu vencendo o processo de licitação do município.

Em 2017, após tantas acusações, o próprio prefeito abriu Processo Administrativo para averiguar as irregularidades da empresa nas UPAs, através do Decreto nº 0502 que explicita os motivos determinantes do processo, no qual apuraram:

a ineficiência na prestação de serviços de saúde pública; a paralização dos serviços em razão de greves ocorridas por profissionais médicos e servidores administrativos; cancelamento do Certificado de Entidade de Assistência Social em Saúde – CEBAS; precariedade da estrutura da UPA; fragilidade na assistência com eficiência e qualidade na gestão das UPA's, inclusive com suposto aumento exponencial de óbitos; descumprimento do item 2.1.7.2, da Cláusula segunda do Contrato de Gestão; a deficiência na qualidade da prestação de serviços ofertados ao cidadão; o conteúdo de recomendações administrativas oriundas do Ministério Público do Estado de Minas Gerais; do iminente risco quanto à continuidade dos serviços prestados à população; e , finalmente, todos os fatos devidamente documentados e apontados no contexto do referido Processo Administrativo, que se interligam por causa e fins à apuração ora determinada (UBERABA, 2017).

De acordo com o juiz, a Pró-Saúde está negativada no SPC/Serasa 272 vezes e têm outros 353 registros de inadimplência no Serasa, bem como 4.519 protestos em cartórios. “Se no dia a dia nenhum cidadão de mediana inteligência contrata pessoa com fama de caloteira, por que o Município de Uberaba contrataria uma empresa com

este perfil e ainda pagando com o dinheiro que é do povo”, questionou o juiz na liminar (JORNAL DA MANHÃ DE UBERABA, 2014).

Fizemos sérias críticas da qualidade da assistência, da inexperiência das pessoas em gestão em saúde, experiência técnica de qualidade na assistência sob o ponto de vista sanitário, sob o ponto de vista de capacitação do pessoal pra atender urgência e emergência, utilização de recém-formados e estagiários, pessoas que não tinham os cursos, as capacitações pra trabalhar com urgência e emergência, isso aí prejudicou muito o atendimento da população, isso provocou muito óbito, muita demora em diagnóstico, diagnóstico errado, isso aí foi uma catástrofe, quantidade de mortes que nós tivemos aqui por causa dessa empresa que o município terceirizou foi um desastre (C 9).

Outra expressão de que piorou, houve na OS que geria as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) teve que ter uma intervenção do município em que foram levantadas uma série de irregularidades (...) tinham médicos que não tinham contratos de trabalho nenhum, o que dava pra identificar o vínculo trabalhista era só o holerite e o depósito bancário, e aí depois disso teve uma pesquisa com a população no geral que dizia o quanto os serviços na UPAs pioraram. Outra questão que foi levantada pelo próprio conselho foi o número de óbitos depois que a OS assumiu, então o número de óbitos era alarmante. A mídia embora de forma bem suspeita, acabou noticiando algumas questões com relação a algumas mortes que tiveram nas UPAs que indicavam a ineficiência da assistência (C 8).

A Organização vem sendo acusada da prática de diversas irregularidades em hospitais públicos de todo país. Moraes et al (2018), ao realizar investigação sobre as organizações sociais que mais recebem captação de recursos públicos no país (entre elas está a Pró-Saúde) trouxe um perfil dessas entidades (quem as representa, onde atuam, a quais outras entidades que esses representantes estão vinculados) e dentre eles estão: empresários, professores com histórico de formação em hospitais universitários, profissionais de saúde ligados a grupos médicos, religiosos e pecuaristas.

As autoras classificaram as Organizações Sociais da Saúde (OSS) segundo o valor total dos recursos financeiros captados e desempenho destas entidades no mercado empresarial nacional, nos anos de 2009 a 2014, nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro. O estado do RJ desde 2012 realizou contrato de gestão com a Pró-Saúde, no valor de 1.237.509.193,64 e seus aditivos foram de 553.362.513,79, chegando a um total de 1.790.871.707,43. Assim como são assustadores os danos causados pela organização, impressiona também os números que dizem respeito ao montante adquirido por ela.

A propósito, chama a atenção que os objetos dos referidos termos versem, sobretudo, sobre a prorrogação do prazo contratual e orçamento de custeio; a repactuação do valor referente ao custeio; o repasse adicional de recursos financeiros para o reequilíbrio econômico-financeiro; o repasse de recursos de investimentos visando à aquisição de equipamentos, observando-se nítida predominância de cláusulas respeitantes ao incremento de repasses financeiros para essas entidades. Em raras situações, os termos aditivos tratam da redução de recursos financeiros de custeio por descumprimento de metas (MORAIS et al, 2018, p. 8).

Portanto, fica evidente o enorme desmonte resultante da gestão feita pela EBSERH e pelas OSs em diversos municípios do Brasil, haja vista que precarizam os contratos de trabalho, acabam com os concursos públicos, ganham o poder da gestão sobre a política pública, não realizam licitações, são fiscalizadas por um conselho próprio, sem participação da sociedade, além de desviarem o fundo público.

Basta olhar com atenção para as linhas prioritárias do governo atual (Temer): “ordem e progresso”, “privatizar tudo que for possível” e a implementação da “democracia da eficiência”, que apontam para medidas políticas e institucionais que proporcione um quadro positivo para o capital: “maior repressão sobre os trabalhadores e melhores condições para a acumulação capitalista” (BRAZ, 2017, p. 96).

#### 4.3 A RELAÇÃO DO CONSELHO COM O LEGISLATIVO E OS MOVIMENTOS SOCIAIS: ESTRATÉGIAS E RESISTÊNCIAS

O debate teórico e metodológico acerca da participação política no Brasil tem ganhado novos contornos. O aumento da participação em suas diferentes modalidades, seja no âmbito institucional ou a partir de ações diretas, expandiu suas possibilidades e trouxe novos questionamentos. De uma maneira geral, vários autores buscam avaliar a efetividade da participação, o impacto das instituições participativas, sua capacidade de incluir novos sujeitos no processo decisório, a efetividade deliberativa e os impactos na organização e repertório dos sujeitos políticos (DAGNINO, 2007; AVRITZER, 2009; TATAGIBA, ALMEIDA, 2010; TATAGIBA, 2012).

Por outro lado, tem aumentado também as discussões sobre a relação entre movimentos sociais e sistema político, contribuindo para a compreensão sobre as

fronteiras e interações entre movimentos sociais e Estado, apontando como se dão as estratégias e articulações dentro e fora das instituições (DAGNINO, 2007; TATAGIBA, ABERS, SERAFIM, 2014).

Nessa perspectiva, este item busca debater sobre a articulação do conselho de saúde com o legislativo e os movimentos sociais do município. Para isso, pretende apresentar os diálogos entre esses atores, as pautas que tem estabelecido no âmbito da discussão sobre a saúde e os modelos privatizantes em Uberaba/MG.

Para Tatagiba (2010), nos anos 1970 e 1980, a participação legitimava-se em referência a ação contestatória dos sem voz, que estava associada fortemente às utopias transformadoras. Os valores que qualificam a participação como estratégia dos “sem voz” se materializavam nos registros da “soberania popular”, “autogoverno”, “participação”, “autonomia da sociedade em relação ao Estado”. A partir de 1990 o conjunto desse movimento passa a conviver com novas experiências participativas, novos valores e expectativas quanto a gestão pública. Na retórica reformista, a participação se apresenta como fundamental nos processos de gestão, visando o aumento da eficiência e da eficácia das políticas implementadas.

Segundo a autora acima, a participação institucional tem um papel a desempenhar no controle da gestão pública e na democratização das relações sociais e políticas, mas também tem limites que lhe são inerentes, como por exemplo, sua natureza fragmentada, setorial e dependente dos governos.

Atribuir indiscriminadamente aos espaços de participação da sociedade civil o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da sociedade, na eliminação da desigualdade e na instauração da cidadania, transformando as expectativas que estimularam a luta política que se travou pela sua constituição em parâmetros para sua avaliação, pode nos levar inexoravelmente à constatação do seu fracasso. Uma avaliação mais produtiva, inclusive do ponto de vista político, enquanto interessados no aprofundamento da democratização brasileira, deve partir do reconhecimento da complexidade desse processo e da diversidade dos contextos, envolvendo a multiplicidade de relações entre forças política onde ele se dá (DAGNINO, 2002, p. 297)

No caso de Uberaba, o conselho de saúde muitas vezes tem que se acomodar ao circuito de trocas clientelistas e particularistas para garantir um diálogo mínimo com o legislativo e o executivo. Os conselheiros relatam que o diálogo com o legislativo ainda é muito raso e insuficiente, haja vista que não existe uma contrapartida dos vereadores

e do prefeito em debater a saúde no espaço do conselho, aliás, participam das reuniões do conselho quando é necessário votar ou aprovar algum projeto.

o legislativo é omissos em fiscalizar a saúde, principalmente a utilização de recursos, a comissão de saúde da câmara não consulta os profissionais de saúde, o conselho pra fazer projetos, analisar projetos de lei pra criar leis pra saúde, tem alguns vereadores que me consultam pessoalmente, não o conselho, pra saber se isso pode, se isso é inconstitucional, se isso vai aprovar se não vai, mas na maioria nem o orçamento da saúde eles não leem, se nós do conselho não reprovamos aqui no conselho e vamos lá e fala: “olha isso aqui, mastigadinho, isso aqui tirou tanto de dinheiro daqui, fez isso aquilo” passa tudo porque eles não fazem isso, não fiscaliza. O legislativo de Uberaba é muito ligado ao prefeito (...) (C 9).

não é um diálogo espontâneo, é necessário fazer uma certa pressão, eu não tenho notícias de iniciativas vindas do legislativo para compor forças com o conselho, é sempre o contrário, o conselho buscando esclarecer (C 11).

nós tivemos momentos de invasão do espaço do conselho por cinco, seis vereadores de uma vez, porque eles queriam que aprovassem a vinda da Pró- Saúde (...) eles estavam mais envolvidos em querer conquistar e cooptar o conselho. Aquela participação mesmo não, e aquela apresentação lá quadrimestral que tem para cumprir tabela, eles participam (C 13).

Para Tatagiba, a existência de estruturas tradicionais autoritárias e clientelistas podem conviver de forma mais ou menos “pacífica” com a nova dinâmica introduzida pelos arranjos participativos, até mesmo nas experiências participativas consideradas bem sucedidas, os particularismos podem se impor nas entrelinhas da mudança. A tarefa é “desvelar o grau de renovação e persistência nesse jogo rico e complexo marcado, mais uma vez pelo tema das continuidades e rupturas” (TATAGIBA, 2010, p. 14).

Além disso, alguns conselheiros apontaram ser fundamental a proximidade com o legislativo, no que diz respeito às discussões que envolvem a saúde (orçamento, projetos), por outro lado, outros conselheiros se contrapõe à essa relação, afirmando existir sobreposição do legislativo com o conselho, além dos limites que o governo impõe para debater estratégias e ações concretas para a política de saúde no município, inclusive não acatando os posicionamentos do Conselho acerca de pautas específicas.

É notório que existem divergências em relação às formas de atuação do conselho quanto ao legislativo. Os conselheiros que defendem o trabalho junto aos parlamentares na formulação de propostas para a política, correspondem à 53,85%, enquanto 46,15% criticam essa aproximação com o legislativo, defendendo uma atuação muito mais no sentido de pressionar e cobrar suas responsabilidades.



Esses últimos, que buscam pressionar e mobilizar o legislativo no cumprimento de suas funções, são conselheiros representantes do segmento dos usuários. Vale ressaltar que esses conselheiros não buscam atuar de forma autônoma e sem envolvimento com o legislativo, mas, possuem uma insegurança em relação a esse vínculo. Apontam que quando há presença do legislativo no Conselho é visível as pautas permeadas de interesses particulares e partidários. Além de apontarem que a interferência de interesses políticos partidários pode alterar a dinâmica de funcionamento do Conselho.

Nessa direção, para além de entender as articulações do conselho de saúde com o legislativo, indagamos sobre sua relação com os movimentos sociais do município: se existe diálogo, se os movimentos sociais apresentam demandas no espaço do conselho, se o conselho busca somar forças com esses movimentos para pressionar o governo.

No entanto, o que se identificou foi uma fraca ou quase inexistente relação entre esses atores. As experiências que apontam as interações do conselho com os movimentos sociais se restringem às conferências e pré conferências de saúde. Especificamente, o único movimento que levou propostas de discussões para a conferência de saúde da mulher foi um Coletivo Feminista. Além disso, os conselheiros apontaram o perfil mais fechado do conselho, o que pode prejudicar a possibilidade de reforçar vínculos associativos com grupos locais e até mesmo o diálogo com suas bases de representação.

Não tem. Não tem porque nos momentos de greve geral inclusive que vem reivindicar algumas questões que atacam diretamente a saúde, que é o que acontece no último governo, que é o governo Temer, não tem uma participação do conselho nesses outros espaços de insatisfação popular que poderiam causar algum impacto no sentido de pelo menos paralisar os retrocessos, então não vejo uma articulação (C 8).

Nós fizemos conferência de saúde, conferência de saúde da mulher, nós tivemos muito envolvimento dos movimentos sociais, mas no conselho hoje a gente não tem muito envolvimento dos MS não (C 10).

Olha, Uberaba é uma cidade conservadora, e os grandes movimentos, os mais fortes hoje, são movimentos de minorias sobre temas que as pessoas ainda não querem muito discutir, dentre eles o movimento negro, lgbt e da mulher. Então se não houver uma abertura pra entrada dessas pessoas na próxima eleição do conselho, para que os movimentos comecem a ter voz lá dentro e voto, não tem muito diálogo, porque o conselho de saúde é muito regulamentado e tem um papel muito definido, então ele ficou um pouco isolado, e por um pouco dos dois, precisa dos movimentos entrarem para dentro do conselho e se eleger (C 13).

Faz-se necessário compreender como se constituem as relações entre Conselho, Estado e movimentos sociais para ultrapassar a visão de que estes atores são mundos à parte. De acordo com Meza e Tatagiba (2016) existiu nas ciências sociais, até pouco tempo, uma visão purista segundo a qual a aproximação com a política institucional iria macular os movimentos, perspectiva que foi traduzida por Hellman (1992) como o “fetichismo da autonomia”. Atualmente, é possível encontrar abordagens mais relacionais e históricas que permitem superar dicotomias e essencialismos e investigar empiricamente as relações entre política contestatória e política institucional.

Para Polese (2017), a participação tem um sentido tático: sentir o inimigo, tatear seus limites, analisar a realidade para depois articular efetivamente as formas de pressão. Para ele, a luta dos trabalhadores está localizada fora e contra o Estado, pois, quando ela se torna parte do Estado (seja no acúmulo de forças ou chegando ao poder), a heterorganização já se impôs e com isso vem a derrota do processo revolucionário de instituição de relações sociais de novo tipo.

O autor ressalta que quando as reivindicações dos trabalhadores são atendidas, eles passam a participar ativamente nas esferas de gestão da miséria, inseridos na administração estatal dos conflitos, podendo reforçar os mecanismos de legitimação do sistema. Os movimentos sociais, por exemplo, são convertidos em braços estatais encarregados de gerir a miséria, perdendo sua potencialidade de enfrentamento à ordem, de uma construção autônoma de alternativas ao capitalismo.

Todavia, a questão-chave da relação entre os movimentos sociais, espaços institucionalizados de participação e Estado diz respeito a capacidade de transformação social: se estabelecem negociações, se incluem novos parceiros, se tais relações avançam na luta, se exercem poder de pressão ou de recuo, ou se a organização destes atores ficam a mercê da estrutura de concessões estratégicas. As alianças e rupturas que podem existir diante da interação desses atores, são chamadas por Meza e Tatagiba de zona de interseção, que é acionada quando, para responder às ameaças e oportunidades do contexto, esses sujeitos se aliam e, sob a reivindicação da autonomia recíproca, coordenam suas ações, provocando mudanças no contexto político que, por sua vez, podem alterar os cenários das lutas futuras.

Por isso, concordamos com os autores quando ressaltam que a abordagem da construção democrática, o conceito de “projeto político” e o mecanismo do “compartilhamento de projetos políticos” discutidos na produção de Dagnino e outros autores, abordados no segundo capítulo deste trabalho, ajudaram a promover uma inflexão no debate sobre a autonomia em direção a uma abordagem mais relacional e menos determinista das fronteiras entre sociedade civil e sociedade política.

Abers, Serafina e Tatagiba (2014), delinearam quatro rotinas comuns de interação entre Estado e sociedade, que são: protestos e ação direta; participação institucionalizada; política de proximidade e ocupação de cargos na burocracia. A primeira, *protestos e ação direta*, diz respeito a capacidade dos movimentos sociais de pressionar atores estatais a negociar através da demonstração de sua capacidade de mobilização, dentre eles existem o “protesto para abrir ou restabelecer negociação” em casos que o governo é menos permeável às demandas dos movimentos e “protestos como parte do ciclo de negociação” em casos que movimentos e atores do governo são aliados em torno de projetos comuns.

A *participação institucionalizada* se refere aos canais de diálogo que foram estabelecidos por lei. Enquanto na primeira rotina de interação os movimentos sociais definem a forma, agenda, negociação; nesta, a rotina se caracteriza pela governança compartilhada e pela centralidade dos atores estatais em criar e conduzir o processo. Os exemplos de participação institucionalizada no Brasil são os conselhos de políticas públicas, o orçamento participativo e as conferências.

Outra rotina de interação é a *política de proximidade* que funciona através de contatos pessoais entre atores do Estado e sociedade civil. Pela posição que determinados atores ocupam, a possibilidade de prescindir de mediações institucionais são maiores. Os militantes, por exemplo, avançam suas bandeiras e objetivos através da negociação com os tomadores de decisão, seja no Legislativo ou no Executivo “as razões pelas quais eles são capazes de ‘falar diretamente’ com autoridades públicas podem variar substancialmente, envolvendo laços pessoais até o status da organização à qual pertencem” (ABERS, SERAFINA E TATAGIBA, 2014, p. 333).

E por fim, a *ocupação de cargos na burocracia*, que aborda a inserção dos movimentos sociais brasileiros em cargos do governo, como forma de atingir seus

objetivos. Quando os governos são tidos como aliados dos movimentos, essa rotina passa a ser mais frequente.

A zona de interseção, portanto, não significa uma fronteira entre os atores, mas sim um espaço de transação, pois não os separa nem os distingue, mas os reúne em torno de interesses, agendas e potencialidades que podem resultar em transformações políticas. O argumento central de Tatagiba (2010) é que as relações entre movimentos sociais e instituições políticas estão permeadas por uma tensão entre os princípios da autonomia e da eficácia política, que em determinadas conjunturas tendem a exacerbar essas tensões.

Na presente pesquisa, o que pôde ser observado foi uma fraca interação na relação conselho-movimentos sociais-legislativo que foi analisada pela perspectiva dos conselheiros. Caberia investigar a contrapartida dos outros atores, as articulações que buscam ou não estabelecer, seus projetos políticos e o resultado de suas experiências, todavia, são discussões que merecem ser aprofundadas em estudos futuros. Por enquanto, o objetivo foi identificar quais as relações que o CMS estabelece com os movimentos sociais e o legislativo e de que forma essa relação interferiu e interfere no debate da privatização.

Verificamos que as forças políticas envolvidas na luta contra a privatização no município envolveram o Conselho Municipal de Saúde, partidos políticos de esquerda, técnicos-administrativos e estudantes universitários, sindicatos, bem como o Fórum Popular de Lutas Sociais que integra a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. No entanto, as forças que animaram a luta contra a EBSEH e a OS no momento de adesão e implantação no município, atualmente estão exauridas, tendo em vista as próprias forças contrárias que buscam privilegiar o projeto neoliberal no país, fortalecendo o setor privado e filantrópico.

Nessa conjuntura, a chamada “racionalização” da política de saúde não faz parte apenas da realidade de Uberaba, mas envolve todo o pacote de contrarreformas que atualmente tem se dado de forma mais radical, acelerada e reacionária em todo o país. O governo ilegítimo de Temer se traduz em uma “restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional” (BRAVO et al, 2018, p. 12).

De fato, não há régua para medir o retrocesso: PEC 95/2016 congelando os investimentos públicos por 20 anos; planos populares de saúde; revisão da Política Nacional de Atenção Básica e de Saúde Mental; propostas<sup>63</sup> do MDB com os programas “Travessia Social”, “Uma Ponte para o Futuro”, “Agenda Brasil”; articulação com setores empresariais de saúde na qual o mais recente é o documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”; intensificação das parcerias público-privadas.

Todas as tentativas de sucateamento da política de saúde que retrocede em relação a concepção da reforma sanitária trouxeram, dialeticamente, a urgência de fortalecer os mecanismos de luta, que não perpassa apenas o setor saúde, mas um enfrentamento contra todas as formas de exploração dos trabalhadores e desmonte do Estado brasileiro. Como reforça uma conselheira:

Eu vejo uma organização por parte da Frente Nacional contra a privatização da saúde que tem feito ações por meio dos fóruns estaduais, e que tem colocado pessoas na rua inclusive nos processos de greve e resistência popular, então a luta pela via judicial, que a Frente encampava antes, por meio dos mandatos parlamentares de alguns partidos de esquerda, o PSOL era um partido que contribuía muito nesse diálogo. Essa luta acabou ficando inviável depois do governo Temer, ficou muito mais difícil o diálogo (C 8).

Torna-se imprescindível a organização e mobilização dos sujeitos coletivos em defesa da saúde pública, um dos maiores patrimônios da classe trabalhadora brasileira (SOARES, 2018). Para isso, é necessário um esforço coletivo que pautado nos fundamentos do projeto de reforma sanitária, defendam a democratização do Estado, da sociedade e da saúde.

---

<sup>63</sup>As propostas do documento Agenda Brasil visa impedir o pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais, com a justificativa de judicializar a saúde; maior desvinculação de Receitas da União, introdução do copagamento no SUS. O documento Uma Ponte para o Futuro tem como centralidade o ajuste fiscal para ampliar o crescimento econômico, acabar com as vinculações constitucionais (no caso da saúde e educação), nova reforma previdenciária que amplia a idade mínima para aposentadoria, viabiliza a inserção efetiva do setor privado em diversas políticas para favorecer o mercado externo. E o documento Travessia Social tem como objetivo realizar o ajuste fiscal, transferir tudo que possível para o setor privado, focalização das ações nos 40% mais pobres da população. No âmbito da educação sua ênfase é a formação técnica, em relação ao SUS sua ênfase é no gerencialismo e estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar como a privatização tem sido debatida e enfrentada no Conselho Municipal de Saúde de Uberaba, visando identificar o papel que o conselho tem desempenhado nesse processo. Para tanto, utilizamos estudos e produções de teóricos, pesquisadores e movimentos sociais que sinalizaram e sinalizam a contrarreforma do Estado brasileiro e o processo de ajuste austericida que vem aprofundando a inviabilização do SUS.

A conjuntura dessa investigação é desafiadora, haja vista que a política de saúde consiste em campo de disputa de racionalidades atreladas a projetos societários de classes em luta pela hegemonia. De um lado, está a racionalidade burguesa que, pautada pelos preceitos neoliberais, instrumentaliza o Estado brasileiro de forma a atender os interesses do capital da saúde, atacando todo o conjunto de direitos conquistados e assegurados na Constituição.

Essa minimização do Estado para atender os interesses do grande capital foi denominada por Mandel (1985) de supercapitalização, isto é, os serviços sociais se transformam em espaços de lucratividade e mercantilização atreladas a lógica e à racionalidade privada. As tendências principais dessa racionalidade na política de saúde se encontram na não universalização; na assistência focalizada, fragmentada e precária; na privatização da saúde pública, entre outras.

Do outro lado, encontra-se a racionalidade contra-hegemônica do movimento pela reforma sanitária. Esses sujeitos políticos coletivos, desde a década de 1980, defendem a democratização da saúde, do Estado e da sociedade. No entanto, os princípios da integralidade, equidade, universalidade, participação, bem como os fundamentos legais do SUS foram refuncionalizados diante da necessidade de flexibilizar a proposta de saúde pública defendida pelo Movimento pela Reforma Sanitária, resultando na configuração de um outro projeto em disputa no âmbito da política: o projeto SUS possível.

Essa flexibilização dos princípios político-emancipatórios que orientam a racionalidade da reforma sanitária está ancorada na justificativa de modernizar e aperfeiçoar o SUS. A racionalidade do SUS possível carrega fundamentos que

reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês (SOARES, 2010). Os problemas e contradições da política de saúde são atribuídos às questões de âmbito administrativo e gerencial, surgindo assim todo um discurso em defesa das parcerias público-privadas para gerir a saúde e abrindo possibilidades de atuação do setor privado.

O Estado repassa a gestão e execução das políticas sociais para entidades que se denominam sem fins lucrativos- OS, OSCIP, FEDP, EBSEH. As diferentes entidades, embora possam apresentar em suas ações algumas particularidades, seguem a mesma direção e objetivo: a **privatização**. Os argumentos que sustentam essas entidades, foram difundidos no governo FHC (PSDB), largamente implementados nos governos Lula (PT) e Dilma (PT) e fortemente alavancados no governo Temer. Baseiam-se nos conceitos de flexibilidade, eficiência, agilidade, controle, parcerias e ajustes para justificar o sucateamento do SUS.

Não é novidade que o acesso e a qualidade da saúde no Brasil sofrem uma crise grave e permanente. Os processos de privatização e contrarreforma que ganharam força nos anos 1990 continuam alinhados para impedir que o projeto nacional de Reforma Sanitária se torne, de fato, completamente realizado. Os dados levantados nessa dissertação, demonstram que não basta lutar por mais recursos para a saúde, pois os recursos do fundo público que deveriam ser investidos para atender as necessidades coletivas da população, são transferidos para o setor privado, seja por meio de isenções fiscais, pelo comércio de serviços e produtos ou pelo lucro com a gestão de instituições estatais.

A saúde, ao ser considerada mercadoria, perde sua característica fundamental que é de ser um direito, para se tornar fonte de consumo e lucro. Dessa forma, ao contrário de expandir sua cobertura pública e acessível a todos, o que se avoluma são as seguradoras, planos privados de saúde, clínicas e laboratórios, isto é, um grande complexo industrial de saúde. Ao mesmo tempo, as instâncias de controle social garantidas constitucionalmente, são substituídas por conselhos moldados aos interesses dessas empresas/entidades que excluem ou reduzem a participação da sociedade civil no direcionamento das ações de saúde.

As pesquisas bibliográficas e documentais possibilitaram a discussão da conjuntura nacional, regional e municipal delineada pela contrarreforma do Estado e da política

de saúde, que por sua vez, redefine e aprofunda o processo de desmonte do SUS no município de Uberaba. A privatização em Uberaba se deu a partir da adesão à EBSE RH para gerir o Hospital de Clínicas da UFTM e com a contratação da Pró-Saúde (OS) para gerir o Hospital Regional e as Unidades de Pronto Atendimento.

Diversos segmentos se manifestaram contra esse processo de mercantilização do direito à saúde, dentre eles, instituições de ensino, sindicatos, entidades profissionais, movimentos sociais e o Conselho Municipal de Saúde. Os conselheiros de saúde, sujeitos desta pesquisa, afirmam que as decisões e propostas levantadas pelo Conselho no que diz respeito à contratação de tais entidades, foram desconsideradas pelo poder público.

Constata-se pelas atas e entrevistas que esse processo de decisão contrária à adesão da Organização Social, não foi um posicionamento unânime entre os conselheiros. Foram várias reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho para discutir o assunto e decidir. Na época, a maioria dos votos favoráveis à Organização eram dos representantes do segmento governamental, inclusive defendida pelo Presidente do Conselho e então Secretário de Saúde.

O Projeto que permitiu a prefeitura abrir licitação para contratar uma OS, responsável por administrar o Hospital Regional e as UPAs, foi votado no Legislativo e aprovado com 11 votos. Apenas três vereadores foram contrários a privatização. Na ocasião, houve manifestações de diversos sindicatos, estudantes, entidades profissionais, representantes do segmento dos usuários do CMSU que protocolaram documentação alegando a inconstitucionalidade no projeto de contratação da OS.

Dentre as estratégias encontradas pelo CMSU para resistir ao processo de privatização no município, está a participação em atos públicos, audiências na Câmara dos Vereadores, reuniões com promotores públicos, elaboração de documentos e relatórios de denúncias das irregularidades da Organização Social Pró-Saúde.

No entanto, verificou-se que o conselho não tem articulação contínua com as frentes de luta, isto é, nenhuma tentativa de fortalecer e expandir os vínculos dessa participação conselhistas com outras bases político-organizativas não institucionais, a fim de ampliar a legitimidade dessa participação, bem como estabelecer embates



políticos que ultrapassem a esfera do conselho e das políticas públicas. Além disso, foi possível observar que a relação com o legislativo e o executivo se pauta em diálogos pontuais e burocráticos para resolver questões concernentes a política de saúde, quando não, a participação do legislativo no conselho se restringe a votação de emendas e projetos particulares dos vereadores.

Verificamos que os conselheiros possuem em sua formação política, diferentes vínculos e filiações partidárias. A dimensão partidária foi ressaltada pelos entrevistados como algo importante na sua formação política e até mesmo fundamental para sua inserção no CMSU.

Os conselheiros apontam seus múltiplos vínculos, dentre eles os partidários, na sua trajetória de formação, mas, quando indagados sobre a relação entre partidos e Conselho, a resposta é unânime: a influência partidária não deve existir ali. Fica evidente a busca por uma relação pautada pela autonomia em relação aos seus vínculos partidários e sua atuação dentro do Conselho. Parece haver, portanto, um esforço dos conselheiros por estabelecer uma relação de novo tipo com os partidos, em que suas orientações não devem ser mais importantes que as decisões tomadas pelos movimentos sociais.

Segundo Tatagiba (2010) os riscos dessa autonomia em relação aos governos, não está na proximidade entre os movimentos e os atores políticos, mas na distância entre eles, haja vista que a maior ou menor abertura do Estado à participação, pode alterar as formas de ação e rever estratégias de interação com o Estado, e assim, podem produzir cenários mais ou menos favoráveis à conquista de seus projetos e interesses. Nas relações entre o conselho, movimentos sociais e instituições políticas, o desafio, assegura a autora, está em como manter viva a tensão entre autonomia e eficácia política, levando em consideração as fronteiras entre os campos, e ao mesmo tempo, o potencial produtivo do trânsito entre eles.

Evidenciou-se, também, uma relevante dificuldade do conselho em concretizar suas competências: consultar, deliberar e fiscalizar, submetendo-se muitas vezes, às estratégias e decisões do segmento governamental que visa limitar ou anular, ainda que de forma implícita, a disputa entre os diferentes projetos políticos no interior do conselho, prevalecendo o domínio governamental no direcionamento das propostas sobre a política de saúde e em favor dos interesses do setor privado, do capital.

Dentre as estratégias do governo para moldar e centralizar o controle social na política de saúde em Uberaba, está: o não acatamento das deliberações do conselho; burocratização das atividades do conselho; tentativas de esvaziar os debates e deliberações de conteúdo político; legitimação das ações do executivo, distanciando-se da proposta ampliada de saúde enunciada com a CF/88, a Lei 8080/90 e a Lei 8.142/90.

Ressaltamos, contudo, que as estratégias contrarreformistas extrapolam o cenário uberabense, pois, a tentativa de “racionalizar” a saúde está inserida no projeto mais amplo de privilegiar os ideários neoliberais no Brasil. E a acentuação desse processo tem sua radicalidade no governo Temer. Para não contrariar a lógica da acumulação financeira, aposta em ajustes econômicos e estruturais para beneficiar o setor privado e filantrópico.

Essa configuração que privilegia a lógica de expansão do capital tem sua aliança com o Estado. A natureza de classe do Estado está fortemente associada à reprodução do sistema capitalista. Mézaros aponta que o Estado em si não pode refazer a ordem social reprodutiva do capital, porque é uma parte integrante dela e assegura: “o grande desafio da nossa época é a necessária erradicação do capital da nossa ordem sociometabólica” <sup>64</sup> (MÉSZAROS, 2015, SEM PAGINAÇÃO).

Por isso, considera-se necessário resistir aos interesses do capital na saúde que desmontam o SUS e afastam a possibilidade de efetivação dos princípios da Reforma Sanitária. Cabe ressaltar que a partir de 2015, com a intensificação das parcerias público-privadas no âmbito do SUS, muitas entidades e movimentos sociais se posicionaram de forma mais enfática contra os recorrentes golpes à política de saúde.

O Conselho, enquanto um dos espaços que pode resistir frente a esse processo, deve repensar os limites que impedem a efetivação de suas potencialidades e suscitar reflexões sobre sua prática representativa e política. Obviamente que essa luta para construir uma nova hegemonia na saúde, tendo como horizonte a superação do capitalismo e com isso a garantia de uma saúde pública e socialmente referenciada, não é tarefa restrita ao Conselho.

---

<sup>64</sup> Entrevista de Mézaros concedida à Boitempo em 22 de abril de 2018.

A atuação política em defesa dos princípios constitucionais do direito à saúde tem somado forças com diversas frentes de luta, como por exemplo, os fóruns locais e regionais de saúde, a frente nacional contra a privatização da saúde em articulação com partidos políticos, academia, centrais sindicais e movimentos sociais. As ações têm se dado no campo jurídico, nas ruas, no conjunto da sociedade, no controle social, nos espaços de formação e no trabalho de base.

O estudo da experiência do Conselho de Uberaba permitiu concluir que esse espaço tem limites que lhe são inerentes, mas devem ser avaliados à luz de suas potencialidades, bem como dos embates e articulações que poderão estabelecer. Frente a isso, será possível defender e lutar pela saúde pública estatal, que além de possível, mostra-se necessária.

Por fim, na presente dissertação, não pretendíamos nem poderíamos dar conta de esgotar todas as mediações e relações entre a política de saúde, a privatização e o controle social. Mas pretendíamos nos aproximar da essência dessas mediações, entendendo que a realidade é complexa e se expressa por meio de um movimento contraditório e dialético. Dessa maneira, as reflexões deste estudo não indicam uma conclusão, mas considerações verdadeiramente iniciais sobre a luta por uma política de saúde não mercantilizada e um projeto de sociedade anticapitalista, que atenda aos interesses e necessidades reais da classe trabalhadora.

Como bem nos alertou Mauro Iasi “Nós sabemos como transformar essa catástrofe em um país, mas para isso precisamos derrotar aqueles que ganham muito transformando este país em uma catástrofe<sup>65</sup> (IASI, 2018, SEM PAGINAÇÃO).

---

<sup>65</sup> Entrevista de Mauro Iasi à Boitempo em 26 de abril de 2018.

## 6 REFERÊNCIAS

- ABERS, R; SERAFIM, L; TATAGIBA, L. Repertórios de interação Estado-Sociedade em um estado heterogêneo: a experiência na era Lula. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 57, no 2, 2014, pp. 325 a 357.
- ACANDA, J. L. **Sociedade civil e hegemonia**. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, 2006.
- ACIOLE, G. G. Uma abordagem da antinomia ‘público x privado’: descortinando relações para a saúde coletiva In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. V.9, n.18, p.7- 24, 2006.
- ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade**. Tese (Doutorado em Ciências)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.
- ALMEIDA, C; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, jan./ mar. 2012. p. 68-92.
- ALVAREZ, S; DAGNINO, E; ESCOBAR, A. **Cultura, cidadania e democracia – a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana**. In: ALVAREZ, S; DAGNINO, E; ESCOBAR, A (orgs.). *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000.
- ANDREAZZI, M. F. S. **O seguro saúde privado no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- ANDREAZZI, M. F. S; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.
- AVRITZER, L. **A moralidade da democracia**. Belo Horizonte: Editora UFMG/Editora Perspectiva, 1996.
- \_\_\_\_\_. **O orçamento participativo: as experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte**. In: DAGNINO, E. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- \_\_\_\_\_. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Vol. 50, Nº 3, 2007, pp. 721- 755.
- AROUCA, A. S. S. **A reforma sanitária brasileira**. *Tema/Radis*, Rio de Janeiro, n.11, 1988.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2011.

BARRETO, L. H. D. **Terceiro setor**: uma análise comparativa das organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público. Boletim jurídico, 2004. Disponível em <<https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=754>> Acesso em 31 jan. 2018.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: 2<sup>o</sup> ed., Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Ernest Mandel: imprescindível. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 35, p. 37- 64, 2015.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. In: CFESS/Abepss. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS/Abepss, 2009.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

BOULOS, G. **O golpe e os dez passos para trás**. Carta Capital, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.carosamigos.com.br/index.php/artigos-e-debates/8936-o-golpe-e-os-dez-passos-para-tras-por-guilherme-boulos>>. Acesso em 18 de abril de 2017.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Ministério da Administração e da Reforma do Estado. Brasília, DF, 1995.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Poder Legislativo, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Poder Legislativo, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento. Ministério da Saúde. **Fundação Estatal**: metas, gestão profissional e direitos preservados – informações sobre o projeto de lei complementar enviado ao Congresso Nacional pelo governo federal. Brasília, DF:

Ministério do Planejamento; Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal; e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.** Dispõe sobre as Sociedades por Ações. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 15 de dezembro de 1976. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6404compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6404compilada.htm) > Acesso em 12 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 15 de maio de 1998. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L9637.htm) Acesso em 25 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9790 de 23 de março de 1999.** Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 23 de março de 1999. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm) > Acesso em 25 jan. 2018.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 4º ed., São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. 109, p. 126–150, mar. 2012.

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. Participação Popular e Controle Social na Saúde. In: BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs.) **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011.

\_\_\_\_\_. As lutas pela saúde e os desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde na atualidade. In: BRAVO, M.I.S & MENEZES, J.S.B (Orgs.) **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, p. 75- 82, 2014.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, V. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n 128, p85-103, jan-abr 2017.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Da Administração Pública Burocrática à Gerencial**. Brasília: Revista do Serviço Público, Ano 47, número 1, jan-abril, 1996.

BRITO, D. Justiça determina a suspensão dos contratos da PMU com a Pró-Saúde. **Jornal da Manhã**. Uberaba, 20 dez. 2014. Disponível em <<http://jmonline.com.br/novo/?noticias,2,CIDADE,103828>> Acesso em 25 abr. 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **Determinantes Sociais da Saúde**. Editorial, Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. Editora Hucitec, São Paulo, 2006.

CARCANHOLO, R.; NAKATANI, P. O capital especulativo parasitário: uma precisão teórica sobre o capital financeiro, característico da globalização. In: **Especulação e lucros fictícios: formas parasitárias da acumulação contemporânea**. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

CARDOSO, R. O. O processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, p. 32- 46, 2014.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM/Fase, 1995.

CARVALHO, M. C. A.; TEIXEIRA, A. C. C. (EDS.). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Pólis, 2000.

CHAUI, M. **Cultura e democracia**. In: Crítica y emancipación: Revista latinoamericana de Ciencias Sociales. Año 1, no. 1 (jun. 2008). Buenos Aires: CLACSO, 2008.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CISLAGHI, J. F. **Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto**, 2010. Disponível em <<http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>> Acesso em 13 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público privadas e valorização do capital**. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez; CEDEC, 1998.

COHN, A; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2003.

COMANDO UNIFICADO CONTRA A EBSEH. **Nota de repúdio à adesão do reitor da UFAL à EBSEH**. Disponível em <[http://www.seepe.org.br/index.php?categoria=noticias\\_principais\\_01&cat=&codigo\\_noticia=06012013210037&pag=277](http://www.seepe.org.br/index.php?categoria=noticias_principais_01&cat=&codigo_noticia=06012013210037&pag=277) > Acesso em 12 fev. 2018.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS). **Atas das reuniões plenárias do CMS de Uberaba**, Uberaba: CMS, 2012-2016.

\_\_\_\_\_. **Regimento Interno**. Porta Voz, Uberaba, 2016.

CORREIA, M. V. C. EBSEH: lutas e resistências à lógica mercantil nas universidades. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B.(Orgs.) **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, p. 25- 32, 2014.

\_\_\_\_\_. A relação Estado- Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.77, 2004.

\_\_\_\_\_. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

\_\_\_\_\_. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. **Temporalis** (Brasília), v. 13, p. 11-38, 2007.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102128.

COSTA, R. **Primeiros meses do Governo Dilma confirmam: um governo a serviço do capital**. Disponível em: <[http://www.pcb.org.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2551:primeiros-meses-do-governo-dilma-confirmam-um-governo-a-servico-do-capital&catid=101:criminalizacao](http://www.pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2551:primeiros-meses-do-governo-dilma-confirmam-um-governo-a-servico-do-capital&catid=101:criminalizacao)>. Acesso em: 14 abril 2017.

COUTINHO, C. N. **O estruturalismo e a miséria da razão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

\_\_\_\_\_. **A democracia como valor universal e outros ensaios**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.



\_\_\_\_\_. **Contra a corrente:** ensaios sobre a democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** In: \_\_\_\_\_. (org.) Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

\_\_\_\_\_. **Construção democrática, neoliberalismo e participação:** os dilemas da confluência perversa. Política e sociedade, n. 5, p. 139-164, outubro 2004.

DAGNINO, E; OLVERA, A; PANFICHI, A. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: DAGNINO, Evelina; OLVERA, Alberto; PANFICHI, Aldo (orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina.** São Paulo: Paz e Terra, 2006.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, nov. 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462016000400015&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462016000400015&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt) Acesso em 20 fev. 2018.

DRUCK, G; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. In: **Revista Katálysis**, v. 10, Florianópolis: UFSC, jan/jun 2007.

DUMENIL, G; LEVY, D. **O neoliberalismo sob a hegemonia norte americana.** In: CHESNAIS, F. (org.) A finança mundializada. São Paulo: Boitempo, 2005. 225 p.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade Civil e Democracia:** Um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

DURIGUETTO, M. L; BAZARELLO, R. D. Movimentos Sociais e Serviço Social: termos do debate. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 15, n. 29, jan./jun. 2015.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **EBSERH Hospitais Universitários Federais- Perguntas e Respostas.** Disponível em <[http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/perguntas-frequentes//asset\\_publisher/jm8Qn7pciBNI/content/id/114412/2012-07-informacoes-sobre-aebserh](http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/perguntas-frequentes//asset_publisher/jm8Qn7pciBNI/content/id/114412/2012-07-informacoes-sobre-aebserh)> Acesso em 15 fev. 2018.

SCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S.F. (Orgs.). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.

SCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 333-384, 2008.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 5. ed. São Paulo: Globo, 2005.

FERNANDES, R. C. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

FERRAZ, A. T. R. **Conselhos gestores em saúde: a experiência do Espírito Santo durante a gestão petista**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

\_\_\_\_\_. **Impactos da experiência conselhistas sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúde: o caso do movimento popular de saúde de Campinas / São Paulo**. Tese (Doutorado em Ciência Política)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

\_\_\_\_\_. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo-SP, v. 88, p. 59-74, 2006.

FILGUEIRAS, L. et al. Modelo Liberal-periférico e bloco de poder: Política e dinâmica macroeconômica nos governos Lula. In: **Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, p. 35-70, 2010.

FLAUSINO, V. S. **Cultura e poder na organização hospitalar: as relações de poder na implantação da EBSEH em um hospital universitário**. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós Graduação em Administração, 2015.

FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **Agenda estratégica para a saúde no Brasil: 5 diretrizes de uma política de saúde 5 estrelas para pobres ou ricos**. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. ABRASCO/CONASEMS/REDE UNIDA/APSP/SBMFC/CEBES/CFM, 2011.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**.

Disponível em: <

<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVYzIXbC1UaGFYYIE/edit>>. Acesso em 12 jan 2018.

\_\_\_\_\_. **Contra fatos não há argumentos**. Disponível em:<

<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVOE9WUDAtYXlubnc/view>>. Acesso em 12 jan. 2018.

FUNCIA, F. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista Consensus**, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/implicacoes-da-emenda-constitucional-n->

[862015-para-o-processo-de-financiamento-sistema-unico-de-saude/](#)> Acesso em 21 maio 2017.

FUNEPU (Uberaba). **Relatório de Atividades 2004**. Uberaba: FUNEPU, 2004.  
Disponível em  
<<http://www.funepu.com.br/novo/images/AVIfunepu080507120208.pdf>> Acesso em 17 abr. 2018.

GENTIL, D. L; Hermann, J. **A Política Fiscal do Primeiro Governo Dilma Rousseff: ortodoxia e retrocesso**. Disponível em:  
<[http://www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/pesquisa/textos\\_sem\\_peq/texto1711.pdf](http://www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/pesquisa/textos_sem_peq/texto1711.pdf)>.  
Acesso em 14 abril 2017.

GONH, M. G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Vol. 5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

\_\_\_\_\_. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. (Cadernos de Saúde).

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2005.

HOBBS, T. **Leviatã**. Coleção Os Pensadores. 2º ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

IANNI, O. **A idéia do Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

IASI, M. Democracia de cooptação e o apassivamento da classe trabalhadora. In: SALVADOR, E. et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. Nós sabemos fazer um país. **Boitempo**, São Paulo, 26 abr. 2018. Blog da Boitempo.

JÚNIOR, A. P; MENDES, A. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 161- 177, jul/ dez. 2015.

JUNIOR, F. B. Políticas de saúde no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Revista Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 20-24, 2014.

LÊNIN. V. I. **O Estado e a revolução**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

\_\_\_\_\_. **A revolução proletária e o renegado Kautsky.** São Paulo: Novo tempo, 1971.

LESBAUPIN, I. **O governo neoliberal de Lula: o desmonte de um sonho.** Disponível em: <[www.iserssessoria.org.br/novo/arqsupload/84.DOC](http://www.iserssessoria.org.br/novo/arqsupload/84.DOC)>. Acesso em: 05 abril 2017.

LOCKE, J. **Segundo tratado sobre o governo.** Coleção Os Pensadores. 2º ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

LUXEMBURGO, R. **O que quer a Liga Espártaco? ¿Qué se propone la Liga Espartaco?** Em Obras Escogidas, Editorial Ayuso, Madrid, 1978. Vol. 2, pp. 151-161. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/luxemburgo/1918/12/14.html>>. Acesso em 14 ago de 2017.

\_\_\_\_\_. **Reforma ou Revolução.** Luxemburg Internet Archive (marxists.org), 2002. Disponível em: <[http://www.consultapopular.org.br/sites/default/files/Reforma%20ou%20Revolu%C3%A7%C3%A3o\\_0.pdf](http://www.consultapopular.org.br/sites/default/files/Reforma%20ou%20Revolu%C3%A7%C3%A3o_0.pdf)>. Acesso em 14 de ago de 2017.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘transição democrática’ – anos 80. In: **Physis.** Revista de Saúde Coletiva. 1991.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio.** São Paulo: Abril Cultural. 1982.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política.** São Paulo: Martins Fontes, 1987.

\_\_\_\_\_. **A ideologia alemã.** São Paulo: Hucitec, 1993.

\_\_\_\_\_. **O capital: Crítica da economia política.** Livro 1: Processo de produção do capital. Vol. 1. São Paulo: Nova Cultural, 1996. Coleção Os economistas.

\_\_\_\_\_. **A Questão Judaica.** 5 ed. São Paulo: Centauro, 2000.

\_\_\_\_\_. **Crítica da filosofia do direito de Hegel.** 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

\_\_\_\_\_. **Glosas críticas marginais ao artigo “O rei da Prússia e a reforma social”.** Por um prussiano. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

\_\_\_\_\_. **A guerra civil na França.** Edição eletrônica: Ed. Ridendo Castigat Mores. Rocket Edition de 1999. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/guerracivil.pdf>> Acesso em 15 ago. 2017.

MARX, K; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista.** São Paulo: Cortez, 1998.

MARQUES, R. M. O financiamento do sistema público brasileiro. In: CEPAL. **Reformas a los sistemas de salud em América Latina,** Publicación de las Naciones Unidas, series: Finaciamento del desarrollo, nº 82, Santiago do Chile, 1999.

\_\_\_\_\_. **O regime de acumulação sob a dominância financeira e a nova ordem no Brasil.** In: MARQUES, R. M; FERREIRA, M. R. J. (org.) O Brasil sob nova ordem. São Paulo: Saraiva, 2010.

\_\_\_\_\_. O lugar das políticas sociais no capitalismo contemporâneo. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 7- 21, jul/ dez. 2015.

MARQUES, R. M; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Rev. Katál.** Florianópolis, v. 10 n. 1 p. 15-23 jan./jun. 2007.

MAY, T. **Pesquisa social:** questões, métodos e processos. 3.ed. Trad. Carlos A. Silveira. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, J. **Ilusões Perdidas.** In: Diário Liberdade, 12 de janeiro de 2011.

MENDES, A; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491- 505, 2015.

MENEZES, J. S. B. Os governos do Partido dos Trabalhadores e as políticas sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B.(Orgs.) **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** Revista Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 7-19, 2014.

\_\_\_\_\_. **As lutas por saúde no Brasil:** o Projeto de Reforma Sanitária em face das Contrarreformas. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, 2016.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

MEZA, H; TATAGIBA, L. Movimentos sociais e partidos políticos: as relações entre o movimento feminista e o sistema de partidos na Nicarágua (1974-2012). **Revista Opinião Pública**, Campinas, vol. 22, nº 2, agosto, 2016.

MÉSZAROS, I. MÉSZAROS: a disputa pelo Estado. **Boitempo**, São Paulo, 22 abr. 2015. Entrevista concedida a Leonardo Cazes pelo filósofo István Mészáros.

MINAYO. M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Haucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO (Brasil). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília: Presidência da República/MARE, 1995. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>> . Acesso em 23 jan. 2018.

MONTAÑO, C. E. O projeto neoliberal de resposta à questão social e a funcionalidade do terceiro setor. **Lutas Sociais**, n. 8, p. 53-64, 2002.

MONTAÑO, C., DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social.** 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MORAIS, H. M. M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2018000105017&lng=pt&tlng=pt#B10](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000105017&lng=pt&tlng=pt#B10)> Acesso em 15 fev. 2018.

NAKATANI, P. **A crise do sistema capitalista mundial**. In: VII Encontro Nacional de Economia Política, Curitiba. Anais do VII Encontro Nacional de Economia Política, 2002.

NAKATANI, P; GOMES, H. A natureza e contradições da crise capitalista. **Políticas Públicas**, São Luís, Número Especial, p. 71-83, 2014.

NETTO, J. P. **Democracia e Transição Socialista** - Escritos de Teoria e Política. Belo Horizonte: Oficina de Livros. 1990

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social**: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Capitalismo e barbárie contemporânea. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun. 2012. NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NEVES, A. V. Apontamentos sobre Gramsci e sua influência ao Serviço Social no século 21. **Revista Katálisis**, vol. 20, núm. 1, 2017, pp. 31-36.

NEVES, M. N. S. S. **O ensino do SUS na graduação médica da Universidade Federal do Amapá**. Dissertação (Ciências da Saúde)- Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

OCKÉ-REIS, C. O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Ano 51, núm. 1, 2000.

OLIVEIRA, J. A. A.; FLEURY, S. M. **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. (Org.) MATTA, G, C. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

\_\_\_\_\_. Período Itamar. In: **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 193-202.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e terra: 1992.

PEREIRA, A. Cá entre nós. **Jornal da Manhã**, Uberaba, 14 jan. 2014. Disponível em: <<http://jmonline.com.br/novo/?colunas,92,CA+ENTRE+NOS,14/01/2014>> Acesso em 17 abr. 2018.

PEREIRA, T. D. Movimentos urbanos: lutas e desafios contemporâneos. In: ABRAMIDES, M. B; DURIGUETTO, M. L. (orgs). **Movimentos sociais e lutas sociais: uma relação necessária**. SP: Cortez, 2014.

PERIM, M. C. M. **Organizações Sociais e a diretriz da complementariedade: desafios da participação social na saúde**. Curitiba, PR: CRV, 2014.

PINTO, E. C. Dilma: de “coração valente” à “presidenta acuada”. In: PINTO, M. C; FILGUEIRAS, L; GONÇALVES, R. (Orgs). **Governo Dilma, PT, esquerda e impeachment: Três interpretações da conjuntura econômica e política**. UFRJ: Instituto de Economia, 2015.

POLESE, P. As lutas autônomas frente ao modelo democrático-popular de contrarrevolução permanente. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo , n. 128, p. 123-142, abr. 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282017000100123&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100123&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 abril 2018.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFGM, v. 35, 2001.

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. Democratizar a gestão das Políticas Sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 408.

RAICHELIS, R; WANDERLEY, L, E. Desafios de uma gestão pública democrática na integração regional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.78, p.05-32, jul. 2004.

RAMOS, W. C. Falando Sério. **Jornal da Manhã**. Uberaba, 15 jan. 2014. Disponível em: <<http://jmonline.com.br/novo/?colunas,20,FALANDO+SERIO,16/01/2014>> Acesso em: 17 abr. 2018.

REDAÇÃO JC. CMU aprova projeto para contratar Organizações Sociais. **Jornal da Cidade**. Uberaba, 19 dez. 2013. Disponível em <<http://www.jcuberaba.com.br/cidade/politica/504/cmu-aprova-projeto-para-contratar-organizacoes-sociais/>> Acesso em 25 abr. 2018.

REZENDE, C. O Modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2008.

RIZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: São Paulo, 2000.

RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997, p. 63- 91.

ROMAO, W. M. **Muito além da sociedade civil: o sentido do Orçamento Participativo para governos e partidos políticos**. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

\_\_\_\_\_. O eclipse da sociedade política nos estudos sobre o Orçamento Participativo. In: Carlos, E; OLIVEIRA, O. P; ROMÃO, W. M. (Org.). **Sociedade civil e políticas públicas: atores e instituições no Brasil contemporâneo**. 1ed. Chapecó-SC: Argos, 2014, v. 1, p. 219-264.

ROUSSEAU, J. J. **Do contrato social**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. 2 ed. Col. Os Pensadores.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena**. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

SALVADOR, E. **Fundo público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

\_\_\_\_\_. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 14, n.2, p. 504-522, jan./jun. 2012.

\_\_\_\_\_. As consequências das renúncias tributárias no financiamento da seguridade social no Brasil. **Plataforma Política Social**, Rio de Janeiro, N. 19, p. 8-24, mai. 2015.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 663-666, abr, 2015. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/05/Capital-EstrangeiroScheffer-CSP.pdf>> Acesso em 15 fev. 2018.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1961.

SEMINÁRIO NACIONAL DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS. **Carta aberta do Seminário Nacional de Hospitais Universitários**. Brasília, 10 a 11 de novembro de 2012. Disponível em <[www.contraprivatizacao.com.br/2012/11/carta-aberta-doseminarionacional-de.html](http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/11/carta-aberta-doseminarionacional-de.html)>. Acesso em 14 fev. 2018.

SILVA, J. F. S. Serviço Social: razão ontológica ou instrumental? In: **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 72-81, jan./jun. 2013.



SILVA, G. S. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 10-14.

SINDICATO DOS TRABALHADORES DA FUNDAÇÃO UNB (SINTFUB). **Últimas notícias: Comando local orienta servidores do HUB a formarem comissão de mobilização**. Brasília, 2015. Disponível em <<http://www.sintfub.org.br/posts.php?id=6>>. Acesso em 14 fev. 2018.

SINGER, A. Raízes sociais e ideológicas do lulismo. In: **Novos Estudos**, CEBRAP, Nº 85, 2009.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 53, n. especial., p. 17- 24. Rio de Janeiro: Aben, dez. 2000.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

\_\_\_\_\_. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana de Souza Bravo. **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2013. p. 85-110.

\_\_\_\_\_. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serviço Social e Sociedade** [online]. n. 114, pp. 365- 380, 2013.

SOUSA, A. M. C. **O público e o privado no sistema de saúde em Mossoró- RN: as contradições para efetivação da universalidade**. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

TATAGIBA, L. **Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil**. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47.

\_\_\_\_\_. **Participação, cultura política e modelos de gestão: a democracia gerencial e suas ambivalências**. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas. 2003.

\_\_\_\_\_. **Desafios da relação entre movimentos sociais e instituições políticas**. O caso do movimento de moradia da cidade de São Paulo – Primeiras reflexões. **Colombia Internacional**, v. 71, p. 63-83, 2010.

TATAGIBA, L. TEIXEIRA, A. C. C. Participação e democracia: velhos e novos desafios. **Civitas**, Porto Alegre, vol. 6, nº 1, p. 223-240, 2006.

TATAGIBA, L; BLIKSTAD, K. “Como se fosse uma eleição para vereador”: dinâmicas participativas e disputas partidárias na cidade de São Paulo. **Lua Nova** (Impresso), v. 1, p. 175-217, 2011.

TEIXEIRA, A. **O ajuste impossível**: um estudo sobre a desestruturação da ordem econômica mundial e seu impacto sobre o Brasil. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, 1994.

TONET, I. Do conceito de sociedade civil. In: **Democracia ou liberdade?** Maceió: Edufal, 1997, p. 23-50.

VIANNA, C. M. M. Estrutura do Sistema de Saúde: do complexo médico industrial ao complexo médico-financeiro. In: **Physis**: revista de saúde coletiva. 12 (2), Rio de Janeiro, 2002.

VIEITEZ, C. G. Democracia e revolução: três momentos históricos da luta dos trabalhadores pela igualdade. In: FILHO, P. A. L. (Orgs.). **Movimentos Sociais e crises contemporâneas à luz dos clássicos do materialismo crítico**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2017, p. 129- 160.

WOOD, E. **Democracia contra Capitalismo**. São Paulo: Ed. Boitempo, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookmam. 2001.

**ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DA UFES**



UFES - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CAMPUS GOIABEIRA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONTROLE SOCIAL E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: o papel do Conselho Municipal de Saúde neste processo

**Pesquisador:** Nathália Moreira Albino

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 68425817.6.0000.5542

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.182.193

#### **Apresentação do Projeto:**

Essa pesquisa tem como objeto de estudo o papel do controle social sobre o processo de privatização da política de saúde. Tendo em vista que a participação popular é um importante princípio de organização do SUS, o objetivo do trabalho é analisar de que forma os conselhos gestores da política de saúde, principal mecanismo de viabilização da participação popular, tem discutido e participado dos processos de privatização da política. Será feita a revisão de literatura por meio do levantamento de bibliografias que abordam a temática central da pesquisa, além disso, será feito a pesquisa documental que compreenderá o levantamento de fontes primárias: atas, resoluções, plano municipal de saúde, regimento interno do Conselho. A outra etapa contará com a entrevista semi- estruturada, por meio de um roteiro planejado, que permite dialogar com os sujeitos da pesquisa a temática abordada através das perguntas elaboradas. Para análise e interpretação dos dados será utilizada a análise de conteúdo, como técnica que permite compreender a comunicação dos sujeitos e o conteúdo de suas mensagens. Esta técnica contém as seguintes etapas: pré- análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário:

**Endereço:** Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN  
**Bairro:** Goiabeiras **CEP:** 29.075-910  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com .



**UFES - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CAMPUS GOIABEIRA**



Continuação do Parecer: 2.182.193

Analisar como a privatização têm sido debatida e enfrentada no interior do CMS de Uberaba, visando identificar o papel que o conselho tem desempenhado sobre esse processo.

Objetivos secundários:

- Traçar o perfil político e ideológico dos conselheiros, para compreender as posições desses sujeitos no debate da privatização da saúde no Conselho; - Identificar quais atores são favoráveis à privatização, quais se opõem e como se articulam no conselho na defesa de suas posições.- Verificar a existência ou não de articulação do CMS com o legislativo e os movimentos sociais, compreendendo quais relações estabelecem com estes atores dentro e fora do conselho, e de que forma eles interferem no debate da privatização.- Descrever as estratégias usadas pelo CMS de Uberaba na discussão do tema da privatização, refletindo sobre o processo.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Considerando que a realização da entrevista poderá trazer estresse e cansaço devido a sua durabilidade, além de constrangimento e aborrecimentos ao tratar do tema, a pesquisadora se compromete em tomar algumas medidas para reduzir e amenizar esses danos, tais como: escolha do local de sua preferência para realização da entrevista; tempo máximo de duração de uma hora da entrevista, podendo ser reduzido caso tenha necessidade; você não será obrigado a responder nenhuma questão que não se sinta à vontade.

Benefícios:

Os benefícios do estudo são relacionados à possibilidade do resultado da pesquisa se tornar um instrumento de transformação no interior da instituição, ao potencializar uma avaliação crítica dos conselheiros acerca dos enfrentamentos e possibilidades de mudanças postas nesse espaço. Além disso, a pesquisa pode contribuir para o desvelamento das contradições existentes no âmbito da política de saúde e dos espaços de participação, possibilitando construir formas de luta e resistência para fortalecer os princípios públicos e universais, garantindo o acesso à toda sociedade.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância científica e social.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Com base na Resolução n. 466/2012CNS, foram analisados os seguintes quesitos:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos:

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN  
Bairro: Goiabeiras CEP: 29.075-910  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com





UFES - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CAMPUS GOIABEIRA



Continuação do Parecer: 2.182.193

• Adequada.

2) Projeto de Pesquisa:

• Adequado.

3) Termos de Consentimento Livre e Esclarecido:

• Adequado.

6) Cronograma:

• Adequado.

#### Recomendações:

É preciso anexar a carta de anuência do local (Conselho Municipal de Saúde de Uberaba) onde será realizada a pesquisa. Isso poderá ser feito após tramites de avaliação do CEP, pela submissão do referido documento na plataforma brasil por meio de opção de "notificação".

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. No entanto, será preciso anexar a carta de anuência do local (Conselho Municipal de Saúde de Uberaba) onde será realizada a pesquisa. Isso poderá ser feito após trâmites de avaliação do CEP, pela submissão do referido documento na Plataforma Brasil por meio de opção de "notificação".

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN  
Bairro: - Goiabeiras CEP: 29.075-910  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.182.193

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_870129.pdf	26/06/2017 16:15:38		Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	26/06/2017 16:13:59	Nathália Moreira Albino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	26/06/2017 16:08:43	Nathália Moreira Albino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	20/06/2017 12:30:42	Nathália Moreira Albino	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	16/05/2017 17:46:08	Nathália Moreira Albino	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 21 de Julho de 2017

Assinado por:  
KALLINE PEREIRA AROEIRA  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN  
**Bairro:** -Goiabeiras **CEP:** 29.075-910  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com

**ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr. (a) foi convidado (a) a participar da pesquisa “Controle Social e Privatização da Saúde: o papel do Conselho Municipal de Saúde neste processo”, sob a responsabilidade de Nathália Moreira Albino. O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) por ser conselheiro de saúde. Neste estudo pretendemos analisar como a privatização tem sido debatida e enfrentada no interior do Conselho Municipal de Saúde de Uberaba. A realização deste trabalho justifica-se pela importância de conhecer os atores envolvidos neste espaço, as estratégias utilizadas, para compreender o papel do conselho no processo de privatização.

Se o (a) Sr. (a) participar, nós faremos algumas perguntas e gravaremos suas respostas através do gravador de voz. Considerando que a realização da entrevista poderá trazer estresse e cansaço devido a sua durabilidade, além de constrangimento e aborrecimentos ao tratar do tema, a pesquisadora se compromete em tomar algumas medidas para reduzir e amenizar esses danos, tais como: escolha do local de sua preferência para realização da entrevista; tempo máximo de duração de uma hora da entrevista, podendo ser reduzido caso tenha necessidade; você não será obrigado a responder nenhuma questão que não se sinta à vontade.

Os benefícios do estudo são relacionados à possibilidade do resultado da pesquisa se tornar um instrumento de transformação no interior da instituição, ao potencializar uma avaliação crítica dos conselheiros acerca dos enfrentamentos e possibilidades de mudanças postas nesse espaço. Além disso, a pesquisa pode contribuir para o



desvelamento das contradições existentes no âmbito da política de saúde e dos espaços de participação, possibilitando construir formas de luta e resistência para fortalecer os princípios públicos e universais, garantindo o acesso à toda sociedade.

Asseguramos que para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O (a) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não levará a qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. O (a) Sr. (a) não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Caso o (a) Sr. (a) venha a sofrer qualquer tipo de dano decorrente da sua participação na pesquisa, estará resguardado o direito de assistência e indenização pela pesquisadora. Atesta-se ainda que será garantido pelo pesquisador o ressarcimento das despesas e qualquer custo que o participante obtiver para participar desta pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias assinadas pela pesquisadora e pelo (a) participante, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa o (a) Sr. (a) poderá contatar a pesquisadora Nathália Moreira Albino, pelo email: natiili\_13@hotmail.com. Em caso de problema com a pesquisa ou denúncia poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, localizada na: Avenida Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória-ES, CEP: 29.075-910, Universidade Federal do Espírito Santo-Campus Goiabeiras, através do e-mail cep.goibeiras@gmail.com ou do telefone (27) 3145-9820.

Declaro que fui verbalmente informado (a) e esclarecido (a) sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos e, que voluntariamente aceito participar deste estudo. Estou ciente de que a entrevista será gravada e que estes dados serão utilizados na pesquisa. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada por mim e pela pesquisadora principal, rubricada em todas as páginas.

Uberaba, ...../ ...../.....

---

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “Controle Social e Privatização da Saúde: o papel do Conselho Municipal de Saúde neste processo”, eu, Nathália Moreira Albino, declaro ter cumprido as exigências do item IV.3 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Pesquisadora